

Määttä Minna

**SOTKAMON KOTIHOIDON SAIRAANHOITOHENKILÖKUNNAN MUIS-  
TIOSAAMINEN**

Opinnäytetyö  
Kajaanin ammattikorkeakoulu  
Sairaan- ja terveydenhoidon osaamisalue  
Hoitotyön koulutusohjelma  
2014



Koulutusala Sairaan- ja terveydenhoidon osaamisalue	Koulutusohjelma Hoitotyön koulutusohjelma
Tekijä(t) Määttä Minna	
Työn nimi Sotkamon kotihoidon sairaanhoitohenkilökunnan muistiosaaminen	
Vaihtoehtoiset ammattiopinnot	Ohjaaja(t) Moisanen Kirsi
	Toimeksiantaja Kainuun sote-kuntayhtymä Vanhuspalvelut
Aika Kevät 2014	Sivumäärä ja liitteet 54 + 8
<p>Euroopan parlamentin vuonna 2008 hyväksymässä kannanotossa on nostettu kansanterveyden ja – talouden kannalta merkittäväksi tekijäksi muistisairauksien kasvava määrä. Kannanotossa nostetaan yhdeksi varautumisen työvälineeksi Kansallisen muistiohjelman 2012-2020 tarve. Sosiaali- ja terveysministeriön asettama työryhmä on valmistellut Suomen ohjelman. Tavoitteeksi työryhmä on asettanut yhteisvastuullisen muistiystävällisen Suomen rakentamisen. Muistisairautta sairastavien ihmisten määrän kasvu asettaa koko sosiaali- ja terveydenhuollonpalvelujärjestelmälle suuren haasteen. Laatusuosituksessa ja vanhuspalvelulaissa painotetaan ikääntyneiden mahdollisuutta osallistua heitä koskevaan päätöksentekoon ja mahdollisuuteen asua kotona tai kodinomaisessa ympäristössä.</p> <p>Yli puolet ikääntyneistä muistisairautta sairastavista ihmisistä asuu kotona ja yli puolet heistä asuu yksin. Hoitotyö on haasteellista. Tähän haasteeseen vastataan osaavalla ja asiantuntevalla hoidolla. Erityisen tärkeää on saumaton hoito-, palvelu- ja kuntoutusketju.</p> <p>Kotihoidon sairaanhoitotyö vaatii laaja-alaista osaamista. Työssäni Sotkamon kotihoidon muistihoitajana olen havainnut sairaanhoitohenkilökunnan muistiosaamisen kehittämistarpeen. Sotkamon kotihoidon sairaanhoitohenkilökunnalla ei ole ollut pitkään aikaan koulutusta muistisairaahan ihmisen hoitotyöstä.</p> <p>Opinnäytetyöni tarkoituksena on kartoittaa Sotkamon kotihoidon sairaanhoitohenkilökunnan muistiosaamista jokapäiväisessä hoitotyössä. Opinnäytetyöni tavoitteena on luoda Sotkamon kotihoidon sairaanhoitohenkilökunnan muistiosaamisen kehittämissuunnitelma kansallisen muistiohjelman 2012-2020 tavoitteiden mukaisesti.</p> <p>Tutkimusotteeni on laadullinen. Aineiston keruumenetelmänä käytin haastattelua. Haastattelin koko Sotkamon kotihoidon sairaanhoitohenkilökunnan. Aineisto on analysoitu induktiivisella sisällön analyysillä, käyttäen myös abduktiivista päättelyä. Näin aineistosta on saatu analysoitua olennainen ja tuloksissa on pyritty luotettavuuteen.</p> <p>Opinnäytetyöni tuloksista voidaan päätellä, että Sotkamon kotihoidon sairaanhoitohenkilökunnan osaaminen on varsin hyvää verrattuna Kansallisen muistiohjelman tavoitteisiin. Osaamisen kehittäminen vaatii muistiasioiden kertaamista ja syventämistä. Erityisesti kehittämiskohteiksi nousee muistisairauksien perustietojen täydentäminen, diagnostiikan sisäistäminen ja lääkeshoidon kertaaminen.</p>	
Kieli	Suomi
Asiasanat	Osaaminen ja osaamisen kehittäminen, ennaltaehkäisy, muistiosaaminen ja muistisairaahan ihmisen hoitotyö, sairaanhoitohenkilökunta
Säilytyspaikka	x Verkkokirjasto Theseus x Kajaanin ammattikorkeakoulun kirjasto

School Health and Sports	Degree Programme Nursing
Author(s) Määttä Minna	
Title The memory Disorder Related Competence of Nursing Staff of Sotkamo Home Care	
Optional Professional Studies	Instructor(s) Moisanen Kirsi
	Commissioned by Kainuu Social and Health Care Joint Authority Services for the Elderly
Date Spring 2014	Total Number of Pages and Appendices 54 + 8
<p>The European Parliament has adopted a written declaration in 2008 which highlighted the increasing importance of memory disorders from the perspective of public health and the national economy, and the national dementia strategies was named as one means of preparedness. Finland's National Memory Plan 2012-2020 was produced by a committee set up by the Finnish Ministry of Social Affairs and Health. The objective that the committee chose for the plan was build a "memory-friendly" Finland.</p> <p>The growing number of the people with memory disorders presents a challenge for the whole social welfare and health care services system. The quality recommendation for elderly care and the Act on Supporting the Functional Capacity of the Older Population and on Social and Health Services for Older Persons emphasize the elderly's possibility to take part in decision making and live at home or a placement like home.</p> <p>More than half of elderly people with memory disorders live at home, and more than half of them live alone. Nursing is very challenging, which is met by providing competent and professional caring, a seamless care, service and rehabilitation pathway in particular.</p> <p>Home care nursing requires comprehensive competence. In my work as a memory nurse I have noticed that our nursing staff needs more information on memory disorders. The nursing staff in Sotkamo Home Care has not had education on people with memory disorders for a long time.</p> <p>The purpose of this thesis was to survey what kind of competence the nursing staff in Sotkamo Home Care had in everyday nursing. The aim of this thesis was to create a plan to develop the memory disorder related competence of the nursing staff in Sotkamo Home Care according to the National Plan 2012-2020.</p> <p>This thesis was qualitative, and the data method was interviewing. All nursing staff in Sotkamo Home Care was interviewed and the data was analysed by using an inductive content analysis and abductive reasoning, which made it possible to find relevant issues and provide reliable results.</p> <p>From the results of this thesis it can be concluded that the nursing staff in Sotkamo Home Care has good competence compared to the aims of the National Memory Plan. However, such issues related to memory disorders as documenting health details accurately, advanced diagnostics and pharmacotherapy need to be reviewed and deepened to further develop the staff's competence.</p>	
Language of Thesis	Finnish
Keywords	Competence and competence development, prevention, memory disorder related competence and care of people with memory disorders, nursing staff
Deposited at	<input checked="" type="checkbox"/> Electronic library Theseus <input checked="" type="checkbox"/> Library of Kajaani University of Applied Sciences

## ALKUSANAT

### Hoitaja

Olenko vain hoitaja, jonka nimeä asiakkaani ei muista?  
Olenko hänen lapsensa, kaukana asuva, jonka valokuva on hyllyssä? Tai kenties olenkin se ystävä, jonka kanssa tehtiin evakkoretki ja säilyttiin elossa.

Kyllä.

Minä olen se hoitaja, jonka nimellä ei ole väliä, sillä minä olen läsnä, kun nimet unohtuvat, valokuvat kellastuvat ja muistoista tulee tätä päivää.

Mutta minulle asiakkaani ei ole numero kolme, siivessä yksi.  
Hän on kokonainen ihminen, sielu ja sydän.  
Ei sairaskertomus, taakka tai terminaalivaihe.  
Asiakkaani on kuin simpukka, helmi,  
jonka elämä on muovannut ainutkertaiseksi  
ja minä olen häntä varten.

(Tuntematon)

## SISÄLLYS

1 JOHDANTO	1
2 MUISTISAIRAAN IHMISEN HOITOTYÖ	4
2.1 Sairaanhoidajien muistiosaaminen	7
2.2 Validaatio muistisairaahan ihmisen hoitotyön keinona	8
3 OSAAMISEN KEHITTÄMINEN MUISTISAIRAAN HOITOTYÖSSÄ	10
3.1 Osaamisen kehittäminen Kainuun sote-kuntayhtymässä	12
3.2 Sotkamon kotihoidon osaamisen kehittäminen ja muistiosaaminen	13
4 KANSALLINEN MUISTIOHJELMA 2012-2020	15
5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT	17
6 METODOLOGISET LÄHTÖKOHDAT	18
6.1 Tutkimuksellisen otteen valinta	18
6.2 Haastattelu aineistonkeruu menetelmänä	19
6.3 Aineiston analyysi ja tulkinta	23
7 TULOKSET JA JOHTOPÄÄTÖKSET	29
7.1 Ensimmäisen tutkimustehtävän tulokset	30
7.2 Toisen tutkimustehtävän tulokset	34
7.3 Kolmannen tutkimustehtävän tulokset	36
7.4 Muistiosaamisen kehittämiskohteet	38
7.5 Johtopäätökset	39
7.6 Jatkotutkimusaiheet	40
8 POHDINTA	41
8.1 Luotettavuus	43
8.2 Eettisyys	45
8.3 Ammatillinen kehittyminen	47
LÄHTEET	49
LIITTEET	



# 1 JOHDANTO

Suomessa on noin 120000 henkilöllä lievää kognitiivisen toiminnan heikkenemistä. Lievää muistisairautta on noin 30000 - 35000 henkilöllä ja 95000 sairastaa keskivaikeaa muistisairautta. Muistisairauteen sairastuu päivittäin 36 suomalaista eli vuosittain 13000. Työikäisiä muistisairauden diagnoosin saaneita on noin 5000 - 7000. Muistisairauksien määrä kasvaa nopeasti. Etenevät muistisairaudet ovat merkittävä kansanterveydellinen ja – taloudellinen haaste, johon varaumista pystytään parantamaan. Muistisairauksien suuret kustannukset johtuvat sairastuneiden suuresta määrästä ja ympärivuorokautisen hoidon tarpeesta. On arvioitu, että noin puolella sairastuneista ei ole diagnoosia ja vain neljänneksellä Alzheimerin taudin diagnoosin saaneista on asianmukainen lääkehoito. Muistisairaiden säännöllisellä seurannalla ja ajanmukaisella ennaltaehkäisevällä työllä hillitään kokonaiskustannusten kasvua ja siirretään laitoshoidon kauemmas tulevaisuuteen ( Kansallinen muistiohjelma 2012 - 2020, 7; Käypä Hoito-suositus 2010, 24; Sormunen & Topo 2008, 11.)

Useimmalla kotihoidon asiakkaista on muistisairauden diagnoosi. Kotihoidon sairaanhoitaja käy heidän luonaan kahden viikon välein tai kerran kuukaudessa. Käynneillä sairaanhoitaja seuraa asiakkaan vointia ja voimavaroja sekä sairauden etenemistä säännöllisesti. Muistibarometrin 2010 mukaan kotihoito on saatavuudeltaan parhaimpia muistisairaana ihmisen kotona asumista tukevista palveluista. Tutkimuksessa olleista alueista noin 70 % arvioi kotihoidon saatavuuden hyväksi tai jokseenkin hyväksi. ( Muistiliitto 2010, 24.)

Muistisairauksien tutkimusta ja hoitoa on kehitetty tehokkaasti kuntatasolla Kainuussa. Kainuun sote - kuntayhtymän alueella on jokaisessa kunnassa muistineuvola ja koulutetut muistihoitajat. Tiimiin kuuluu myös geriatri Kajaanissa ja Sotkamossa. Kajaanissa toimii myös muistipoliklinikka. Sotkamon geriatri käy pitämässä vastaanottoa Suomussalmella ja Kuhmossa.

Opinnäytetyöni aiheena on kotihoidon sairaanhoitohenkilökunnan muistiosaaminen. Ajatus Sotkamon kotihoidon sairaanhoitajien muistiosaamisen kartoittamisesta lähti tutustuttuani kansalliseen muistiohjelmaan 2012 - 2020. Lisäksi työyhteisöstä oli noussut selkeä tarve muistiasioiden koulutukselle, koska sairaanhoitohenkilökunnalla ei ole ollut koulutusta muistiasioihin pitkään aikaan. Kansallisen muistiohjelman tavoitteista aivoterveystiedon edistäminen on tärkeä asia. Ennaltaehkäisevällä työllä pystytään vaikuttamaan merkittävästi ihmisten hy-

vinvointiin ja sairastavuuteen. Muistisairaahan ihmisen hoitotyön kehittäminen on tärkeää, koska muistisairauksien määrä on jo ikääntymisen vuoksi kasvussa.

Kotihoidossa tähän tulisi varautua mahdollisimman monipuolisella osaamisella. Muistibarometrin 2010 kyselyssä vastaajat arvioivat ammattihenkilöstön osaamisen muistihäiriöisten ihmisten hoidossa pääosin positiivisesti. Muistibarometrin kyselyyn vastaajat olivat suurimmalta osalta vanhustyön johtajia. Kotihoidon osalta etenkin muistisairaahan ihmisen kohtaaminen, muistioireiden tunnistaminen ja läheisten tukeminen nousivat positiivisesti esiin ( Muistibarometri 2010 4, 36.) Muistineuvolatyö painottuu entistä enemmän varhaiseen diagnosointiin ja ennaltaehkäisevään työhön. Asiakkaat, joilla on muistisairauden diagnoosi, tulevat jatkossa siirtymään muistineuvolasta kotihoidon sairaanhoitajan vastuulle. Sairauden edetessä oleellista on erilaisten palvelujen saumaton järjestäminen. ( Käypä hoito-suositus 2010, 24 - 25).

Opinnäytetyöni tavoitteena on luoda Sotkamon kotihoidon sairaanhoitohenkilökunnalle muistiosaamisen kehittämissuunnitelma kansallisen muistiohjelman tavoitteiden pohjalta. Muistiosaamisen kehittämistarpeet kartoitan haastatteleamalla koko Sotkamon kotihoidon sairaanhoitohenkilökunnan ohjelman tavoitteista nostetuilla muistiosaamisen liittyvillä teemoilla.

Kotihoidon sairaanhoitajien muistiosaamisesta en löytänyt aiempia pro gradu- tai väitöskirjatutkimuksia. Tutkimuksia oli tehty esimerkiksi kotihoidon tiimityöstä, gerontologisesta osaamisesta hoitotyössä, sairaanhoitajan ammattipätevyydestä kotihoidossa, moniammatillisesta yhteistyöstä kotihoidossa ja kotihoidon integroinnista ja laadusta. Tein hakuja Google scholar, Arto, Medic, Melinda, IEEE ja Nelli tietokannoista. Myöhemmin käytin myös Ovid tietokantaa. Yliopistoista hyödynsin Itä-Suomen, Tampereen ja Oulun yliopiston tietokantoja. Hakusanoina käytin sanoja muistihäiriö, muisti, muistisairaus, kotihoito, hoitotyö, dementia, muistiosaaminen, ennaltaehkäisy, sairaanhoitaja, memory disorder, dementia, memory nursing myöhemmin tein vielä lisähakuja sanoilla home care, nursing care ja elderly people tai näiden yhdistelmiä.

Opinnäytetyön avulla opin tutkimusprosessin kokonaisuuden ja tuen omaa ammatillisuuttani sekä kehitän itseäni oppijana. Opinnäytetyön tekeminen on haastava ja aikaavievä prosessi, mutta sen myötä tietomääräni muistiosaamisesta kehittyy ja monipuolistuu. Opinnäytetyöhön



liittyy monta eri vaihetta, jotka tukevat toisiaan. Kokonaisuuden ymmärtäminen auttaa minua oppimisprosessissa ja kehittää tutkimusosaamistani.

## 2 MUISTISAIRAAN IHMISEN HOITOTYÖ

Suomessa on tällä hetkellä ikääntynyttä väestöä reilu miljoona. (Ikääntyneellä tarkoitetaan tässä yli 63-vuotiaita) Suurin osa heistä elää arkeaan itsenäisesti. Kotiin annettavia palveluita käyttäviä on noin 90 000. On lisäksi arvioitu, että kotona asuu noin 70 000 muistisairautta sairastavaa, joista yli puolet asuu yksin. Muistisairauksiin sairastuneiden ihmisten määrän lisääntyminen haastaa koko sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmää kehittämään palveluitaan. Myös omaisten tukeminen sairauden aiheuttamien arjen haasteiden kanssa on tärkeää. Palveluiden kehittämisessä tulee panostaa etenkin muistisairautta sairastavan ja hänen läheisensä tukemisessa koko sairausprosessin ajan. ( Sosiaali- ja terveysministeriö 2013, 13; Finne-Soveri 2013; Sormunen & Topo 2008, 10; Heimonen & Voutilainen 2006, 9 - 10.)

Laatusuosituksen (2013,21) mukaan oma koti on ikääntyneen väestön elämänlaadun kannalta keskeinen asumisen paikka. Koti asumisympäristönä tukee itsemääräämisoikeutta, osallisuutta ja mielekästä tekemistä. Työssä onnistumiseen vaaditaan monipuolista ja vahvaa osaamista sekä asiakkaan kohtaamisen ja kuulemisen kykyä. Asiakkaan hyvinvoinnin edistämisen vuoksi on tärkeää, että hoitotyöntekijät pystyvät tunnistamaan asiakkaan ja hänen omaisensa tarpeet mahdollisimman hyvin. Tärkeää on pystyä ennakoimaan tulevaa ja tämän vuoksi säännöllinen seuranta on järjestettävä. Asiakkaalla ja omaisella tulee olla yhteystaho, johon he luottamuksellisesti voivat olla tarpeen vaatiessa yhteydessä (Vuori & Heimonen 2007 6 - 7; Sormunen & Topo 2008 15 - 16, 49; Finne-Soveri 2013.)

Muistisairaudet ovat kansantauti, joista merkittävä osa jää diagnosoimatta. Tämä johtaa hallitsemattomaan sosiaali- ja terveyspalvelujen käyttöön. Kustannuksia voidaan vähentää jo pienilläkin vaikuttavuustietoihin perustuvilla toimintatapojen muutoksella. Kotihoito viivästytti ympärivuorokautiseen hoitoon siirtymistä ja paransi sairastuneiden elämänlaatua, osoittautuen näin kustannusvaikuttaiseksi palveluksi. ( Käypä hoito-suositus 2010, 2; Kansallinen muistiohjelma 2012–2020, 7,12.)

Kansallisen muistiohjelman 2012 - 2020 tarkoituksena on, että yhteiskunnassa on otettu vakavasti aivoterveysten edistäminen ja muistioireiden varhainen tunnistaminen. Muistisairautta sairastaville ihmisille taataan asianmukainen hoito, huolenpito ja kuntoutus (Kansallinen muistiohjelma 2012 - 2020, 8.)

Muistisairauksien ennaltaehkäisy on tärkeää. Tämän vuoksi jo keski-ikäisenä tulisi alkaa huolehtimaan aivoterveystestistä. Henkinen, liikunnallinen ja sosiaalinen aktiivisuus yhdistettynä terveelliseen ruokavalioon ovat tärkeimmät tekijät muistisairauksien riskin minimoimisessa. Nämä tekijät tukevat työurien pidentämistä ja mahdollistavat iäkkäiden täysivaltaisen osallisuuden yhteiskunnassa. (Laatusuositus 2013, 24; Suomen Lääkärilehti 2008, 9-10.)

Ranskalaisessa tutkimuksessa tutkittiin ikääntyneiden, jotka tässä tutkimuksessa olivat iältään 65-vuotiaita, epäterveellisten elämäntapojen vaikutusta suhteessa työkyvyttömyyteen. Tutkimuksen tuloksissa todettiin, että epäterveellinen elämäntapa liitettyä liikunnan vähäisyyteen, epäterveellinen ruoka ja tupakointi olivat yhteydessä invalisoivien sairauksien ja vaivojen kehittymiseen (BMJ 2013.) Amerikkalaisessa tutkimuksessa puolestaan todettiin terveellisen ruokavalion mahdollisesti lykkäävän muistin heikkenemistä. Tutkimuksessa suotuisan vaikutuksen katsottiin tulevan välimeren perinteisestä ruokavaliosta ja verenpaineen hallintaan suunnitellusta DASH-ruokavaliosta. Molemmissa ruokavaliossa käytetään paljon hedelmiä, pähkinöitä, kasviksia, vihanneksia ja täysjyvätuotteita. Sokerin, punaisen lihan ja kovien rasvojen käyttöä vältetään (AJCN 2013.)

Muistisairauksien ennaltaehkäisytyön tavoitteena on jo 2009 Muistiliiton mukaan ollut aivoterveystestien edistäminen, muistisairausten riskitekijöiden tiedostaminen ja sairauden puhkeamisen viivästyttäminen. Muistisairauksien ennaltaehkäisyyn voidaan katsoa lähtevän jo lapsuudesta. Lasten ja nuorten on hyvä omaksua terveellisten elintapojen vaikutus oppimiseen ja muistin toimintaan

Parantaaksemme hoidon ja palvelun vaikuttavuutta on tietoa muistisairauksista ja niiden ennaltaehkäisystä lisättävä ja asenteita muutettava. Asenneilmapiiriin muutoksella taataan muistisairaalalle ihmiselle yhteiskunnan yhdenvertainen jäsenyys sekä mahdollisuus oikea-aikaiseen palveluun, hoitoon, tukeen ja kuntoutukseen. Ikäihmisten palvelukokonaisuuksiin tulee lisätä kuntoutusta ja muita hyvinvointia ja terveyttä edistäviä palveluita. (Kaste-ohjelma 2012, 24; Kansallinen muistiohjelma 2012–2020, 10 - 11.)

Positiivisena näkökulmana esille voidaan nostaa muistisairaahan ihmisen hoitotyön nopea kehittyminen. Tärkeä laatutekijä muistisairaahan ihmisen hoidossa, läheisten tukemisessa ja hoidon palvelujen kehittämisessä on hoito- ja palveluketjujen toimivuus. Tämä edellyttää johtamisen kannalta yhteisesti sovittuja, eri osapuolten tiedossa olevia tavoitteita ja selkeitä, dokumentoituja vastuu-alueita ja työnjakoa. Asiakaslähtöiset ja taloudellisesti kestävät sosiaali-

ja terveyspalvelut (edistävä ja ehkäisevä työ, tutkimus, hoito, hoiva ja kuntoutus) vaativat merkittäviä rakenteellisia ja toiminnallisia uudistuksia. Tavoitteellista kuntoutusta on lisättävä ja monipuolistettava, että muistisairaana kotona selviytyminen mahdollistuisi. Merkittäviä säästöjä syntyisi koordinoitulla kotihoidon kuntoutuksella ja tuella (Kaste-ohjelma 2012, 26; Kansallinen muistiohjelma 2012 - 2020, 12; Heimonen & Voutilainen 2006, 10.)

Kuntouttava toiminta nostetaan tärkeäksi ja huomioonotettavaksi seikaksi esimerkiksi Vanhuspalvelulaissa, laatusuosituksessa ja Kansallisessa muistiohjelmassa. Gerontologisen tiedon siirtymisen käytäntöön todetaan olevan Pikkaraisen, Saaren ja Salmelaisen (2013, 302-303) tutkimuksessa hidasta tai osittaista. Tutkimuksen perusteella varhaisvaiheen kuntoutuksella on positiivisia vaikutuksia ikääntyneiden ihmisten toimintakykyyn ja elämänlaatuun. Vaikutukset näkyvät myös esimerkiksi osallisuuden lisääntymisenä. Kotona asuvan kuntoutuksen lähtökohdaksi on nostettava ikääntyneen ihmisen yksilölliset sekä hänen ympäristönsä ja verkostonsa voimavarat. Ikääntyneen ihmisen oikeuksiin kuuluu autonomisuus, oma elämäntapa ja -tyyli.

Hoitotyössä on merkityksellistä muistisairaana ihmisen kohtaaminen ainutkertaisena ja tasavertaisena yksilönä (Eloranta 2013, 15). Kaikelle toisiin ihmisiin kohdistuvalle toiminnalle luomoraalisen perustan ihmisarvon kunnioittaminen (Topo, Sormunen, Saarikalle, Räikkönen & Eloniemi-Sulkava 2007, 102). Jokainen kohtaamistilanne tarjoaa pienen hetken, joka on väylä muistisairaana ihmisen hyvinvoinnin tukemiseen. Kohtaaminen vahvistaa kokemusta oman työn tarkoituksellisuudesta. (Eloranta 2013, 15.) Tehdäksemme laadukasta hoitotyötä meidän tulee pohtia, miten juuri me työtämme teemme, mitkä ovat meidän arvomme ja mikä on meidän hoitotyön filosofiamme. Tätä kautta voimme peilata hoitotyön käytännön toteutumista (Lauri 2001, 12.)

Muistisairauksien hoitotyö on haastavaa. Viramon (2013) mukaan muistisairauksien hoidossa on tapahtumassa toinen kehitysaalto, lääkehoitojen yksilöityminen. Uutta parantavaa lääkehoitoa ei muistisairauden hoitoon ole lähitulevaisuudessa tulossa. Lääkkeitä käytetään erilaisilla annostuksilla ja hieman eri käyttötarkoituksin kuin aiemmin.

## 2.1 Sairaanhoitajien muistiosaaminen

Sairaanhoitajan muistiosaaminen lähtee muistisairauksien perustietojen osaamisesta. Muistisairauksiin ja niiden hoitoon liittyvä osaaminen on muistioireiden tunnistamista, diagnosointia, lääketieteellistä hoitoa ja toimintakyvyn arviointia, ylläpitoa, seuranta ja kuntoutumista tukevaa toimintaa. Tarvitaan tietoa dementoivista sairauksista ja niiden vaikutuksesta arkeen. Hoidon keskeiset tavoitteet ovat sairauden etenemisen jarruttaminen, elämänlaatuun vaikuttavien oireiden lievittäminen ja toimintakyvyn tukeminen; muistisairaahan ihmisen arjen haasteiden helpottamista tukiverkoston avulla (Suomen Muistiasiantuntijat 2011, 29; Vuori & Heimonen 2007, 8.)

Kokonaisuudessaan muistisairaahan ihmisen kotihoito on laaja ja erittäin vaativa. Työssä onnistumiseen vaaditaan monipuolista ja vahvaa osaamista sekä asiakkaan kohtaamisen ja kuulemisen kykyä. Oikeanlaisella kuuntelemisella lisätään tietoa ja ymmärrystä arvostaen samalla muistisairasta ihmistä. Optimaalinen voimavarojen ja toimintakyvyn käyttö sekä tukeminen ovat muistisairaahan ihmisen hyvän hoidon ja elämänlaadun perusta (Vuori & Heimonen 2007, 6, 32; Kämäräinen 2008, 6.)

Kotihoidon sairaanhoitajan työ vaatii laaja-alaista osaamista. Tuula Tarhosen (2013, 51) tutkimuksen mukaan gerontologisen hoitotyön osaaminen koettiin voimavarana, joka lisää hoitajan kykyä toimia ikääntyneen henkilön parhaaksi. Kotihoidon sairaanhoitajan yhtenä osaamisalueena on muistiosaaminen (Sotkamon kotihoidon osaamisalueet, 2011).

Muistiosaaminen vaatii laajaa tieto-taito osaamista. Tulevaisuudessa muistisairauksien määrä on edelleen kasvussa ja entistä nuoremmat saavat muistisairauden diagnoosin. Ennaltaehkäisy on merkittävässä asemassa, jotta muistisairauksia voitaisiin tehokkaasti ehkäistä ja hoitaa. Aivoterveiden edistäminen on meidän jokaisen tehtävä. Siihen on pystyttävä panostamaan terveydenhuollossa. (Kansallinen muistiohjelma 2021–2020, 7; Käypä hoito-suositus 2010, 24; Suomen Lääkärilehti 2008, 10.)

Muistisairaahan ihmisen hoitotyössä pohjana kohtaamiselle ovat elämäntarinatiedot. Niiden kautta hoitaja pääsee tutustumaan sairastuneen elämän kokemuksiin ja arvokkaisiin muistoihin sekä tavoittamaan tulevaisuuden mahdollisuuksia (Mäkisalo - Ropponen 2007, 12; Elo-

ranta 2013, 15.) Empaattisella kuuntelemisella rakennetaan luottamusta, vähennetään ahdistusta ja palautetaan arvokkuutta (Antila 2013).

## 2.2 Validaatio muistisairaahan ihmisen hoitotyön keinona

Validaatio on laaja-alainen teoria iäkkäistä muistisairaista ja paikkaan orientoitumattomista vanhuksista. Sen avulla voidaan luokitella heidän käyttäytymistään. Validaatio sisältää joukon erityisiä keinoja, joiden avulla on mahdollista auttaa muistisairasta palauttamaan arvokkuutensa. (Feil 1998, 14.)

Elämäntarinan rinnalla voidaan käyttää validointia. Muistisairaahan on saatava käsitellä ja ilmaista tunteitaan. Tämä ajatus korostuu validoivassa lähestymistavassa. Muistisairaahan ihmisen kohtaamisessa tarvitaan pysähtymistä ja todellista kuuntelemista, luottamuksen rakentamista. Hoitohenkilökunnan ja omaisten tulisi hyväksyä tunteet ja niiden mukanaan tuoma käyttäytyminen. Painopiste on keskinäisessä vuorovaikutuksessa. (Mäkisalo - Ropponen 2007, 11 - 12; Kämäräinen 2008, 6.)

Pidemmälle edenneessä muistisairaudessa vuorovaikutus on entistä haasteellisempaa. Tunteiden käsitteleminen täytyy tehdä tavalla, johon muistisairas ihminen kykenee. Tämä mahdollistuu arvostavassa, tunteet vastaanottavassa ilmapäirissä, jossa muistisairasta autetaan ilmaisemaan kokemuksiaan ja tunteitaan väheksymättä ja mitätöimättä niitä. Jotta yhteys voidaan säilyttää, ohjataan vuorovaikutus tunnetasolle (Topo ym. 2007, 113; Kämäräinen 2008, 16.) Toiminnallinen suhde kognition ja tunteen välillä on kaksisuuntainen. Tunne on arvioinnin tulos, jolla on merkitystä henkilökohtaiseen hyvinvointiin. Se on aina vastaus kognitiiviselle toiminnalle. Ajatukset mahdollistavat tunteet ja tunteita ei voi esiintyä ilman jonkinlaisia ajatuksia (Lazarus 1991, 353.)

Tunteet vaikuttavat kehoon. Keho toimii tunteiden tulkkina, esimerkiksi masentuneena pää painuu alas ja hartiat vetäytyvät suppuun sekä lyyhistyvät. Näin tapahtuu myös muistisairautta sairastavalle. Sanattomien viestien käyttö, kuten katse, kosketus ja liike korostuvat. Sanaton viestintä voittaa aina ristiriidassa sanattoman ja sanallisen viestinnän välillä. Hoitotyössä on tämän tiedostaminen erittäin tärkeää. Muistisairas ihminen, joka ei kykene verbaaliseen

viestintään, aistii sanatonta viestintää erittäin tarkkaan ( Ahvo & Käyhty 2002, 17- 18 ; Mäki-salo - Ropponen 2011, 178.)

Kohtaamisen keinoina käytetään tutuista asioista puhumista, silmiin katsomista ja koskettamista. Näitä keinoja voidaan käyttää, olipa asiakkaan vointi minkälainen tahansa. Validaatiossa virittäydytään empaattisesti muistisairaana ihmisen sisäiseen todellisuuteen. Luottamusta rakennetaan empaattisuudella, toisen ihmisen asemaan asettumisella. ( Mäkisalo - Ropponen 2011,179; Feil 1998, 14.)

Hoitotyössä on tärkeä ymmärtää, mitä sairastuminen ihmiselle merkitsee. Auttava hoitosuhde on monen myönteisen tekijän ilmentymä. Laaja ja yksityiskohtainen tieto auttaa hoitotyöntekijää jäsentämään kommunikoinnin tilanteita. Lisäksi tieto luo mahdollisuuden jatkuvaan arkipäivän tilanteista oppimiseen (Laaksonen, Rantala & Eloniemi-Sulkava 2002, 7.)

### 3 OSAAMISEN KEHITTÄMINEN MUISTISAIRAAN HOITOTYÖSSÄ

Sairaanhoitajan asiantuntijuus on kykyä kehittää ja arvioida työtä sekä omaa ammattitaitoa tutkitun tiedon perusteella. Lisäksi asiantuntijuus edellyttää kykyä tuottaa uutta tietoa työelämästä, ammattilaisesta asiantuntijuudesta ja sen kehittamisestä. Työelämäosaamisen taustalla on työntekijän ja työorganisaation ammatillisen kasvun ja kehittymisen prosessit. (Ruontimo 2009, 30; Hanhinen 2010, 142.) Hanhisen mukaan (2010, 144) jatkuvan oppimisprosessin saa aikaan pohtiminen, käsitteellistäminen ja aktiivinen soveltava toiminta. Työsuorituksista oppiminen mahdollistuu toiminnan arvioinnin ja reflektion kautta. Työelämäosaamisen mallissa reflektion ymmärretään olevan joko oman työsuorituksen tai työyhteisön toiminnan arvioivaa harkintaa parhaasta tavasta tehdä työtä. Työntekijät käyttävät työtehtävissään sekä työelämäosaamista että ammattiosaamista. (Sosiaaliportti 2012).

Osaaminen koostuu tiedoista, taidoista ja asenteista. Ammatillinen osaaminen on kykyä suorittaa tietyn toimintaympäristön työtehtäviä. Se on myös kykyä tietojen, taitojen ja sosiaalisen valmiuksien käyttöön työssä. Parhaan laadun mahdollistaa motivoitunut ja inhimillisen osaamisen hallitseva henkilökunta. (Suomen Muistiasiantuntijat 2011, 27; Semi 2004, 168.)

Kantavana ideana yhteisöllisessä ajattelussa on, että jos ei itse osaa, toiset auttavat. Yhtenevät toimintakäytännöt, ammattilaisten jaettu osaaminen ja erityisosaaminen korostuvat muistisairaanhoidossa. Moniammatillinen yhteistyö on osa ammattitaitoa. (Semi 2011, 168; Suomen Muistiasiantuntijat 2011, 27; Kaarlela 2013, 26.) Tätä tukee myös tutkimus moniammatillisesta yhteistyöstä, jonka mukaan onnistuessaan yhteistyö vahvistaa työntekijän asiantuntijuutta ja synnyttää yhteistä asiantuntijuutta. (Eloranta & Kuusela 2011, 4).

Kaarlela (2013, 25 - 26) toteaa tutkimuksessaan, että osaaminen on jatkumo, siinä ei tule koskaan valmiiksi. Oman ammatillisuuden kehittäminen ja hoitotyön kehittyminen koettiin sairaanhoitajien keskuudessa tärkeäksi. Käytännön hoitotyössä on aina sairaanhoitajia, joiden työkokemus vaihtelee, vaikka työvuosia olisi paljon. Hoitotyön kehittämisessä erilaiset työ- ja elämäkokemukset tekevät kehittymisen kuitenkin kaikille mahdolliseksi (Benner 1984, 206.)

Työn ja osaamisen kohtaaminen on aina ollut ongelmallista muun muassa siksi, että koulutusta ei ole pysytty uudistamaan tarpeeksi nopeasti vastaamaan työelämän muuttunutta tilan-



netta. Optimaalista Helakorven tutkimuksen (2009) mukaan olisikin, että kaikilla olisi ydinosaamistaan vastaava työ. Osaamisen ja ammattitaidon perustana on kyvykkyys (Helakorpi 2009)

Monipuolinen tieto on dementoituvien hoitotyön osaamisen perusta. Asioiden tarkasteleminen laaja-alaisesti ja eri näkökulmista mahdollistuu monipuolisella tiedolla. Tiedon lisääntyminen vaikuttaa myös työssä jaksamiseen (Qvick 2008, 28.)

Kouluttautumisella on oman ammattitaidon kehittämisessä olennainen merkitys. Myös eri työyksiköiden toiminnan peilaamisella oman työyksikön toimintaan koettiin olevan opettavainen vaikutus. Osaamisen kehittämisessä merkittävä tekijä on oman työn ja työyhteisön toiminnan arviointi. Hoitotyön laadun varmistaminen mahdollistuu erilaisten hoitotilanteiden arvioinnilla (Qvick 2008, 30 - 31; Kotila 2012, 57.)

Kotilan ( 2012, 57) tutkimuksen mukaan osaamisen kehittämisessä on itsearviointi sairaanhoitajien mielestä tärkeää yksilön kehittämishaasteiden tunnistamisen, työtehtävien kohdentamisen ja hoitotyön heikoimpien osaamisalueiden vahvistamisen vuoksi. Positiiviset palautteet ja onnistumisen kokemukset kannustavat ja antavat voimaa ja niillä on näin ollen keskeinen merkitys osaamisen kehittämisessä ( Qvick 2008, 32.)

Työyksikön henkilöstön osaamisvahvuudet ja niiden puutteiden tunnistaminen sekä tiimityöskentely sisällytetään työyhteisön osaamisen kehittämiseen. Ammatillisen pätevyyden kehittäminen nähdään elinikäisenä prosessina, josta sekä työntekijä että työyhteisö hyötyvät. Voidaksemme vahvistaa osaamista tarvitaan tietoa nykyisestä osaamisesta. Osaamista voidaan kartoittaa esimerkiksi osaamiskarttojen ja -kriteeristöjen avulla. Säännölliset suunnittelu- ja kehityskeskustelut ovat tärkein tekijä osaamisen kehittämisessä yksilön kannalta. Suunnitelmaa tehtäessä on tarkasteltava myös tulevaisuuden osaamistarpeita ja mietittävä pitkän tähtäimen kehittämistoimenpiteitä. ( Kotila 2012, 57 - 58; Suomen Muistiasiantuntijat 2011, 27; Sydänmaanlakka 2003, 159.) Terveystieteiden työpaikoilla on paljon osaamista, sitä ei vaan osata ottaa tarpeeksi tehokkaasti käyttöön. Hoitaja voi kehittää omaa työtään jatkuvan opiskelun, yrityksen, kokeilun ja omien toimintojensa vaikuttavuuden arvioinnilla (Hankonen 2013,56; Lauri.2007, 114.)

Sairaanhoitajan ammatilliseen osaamiseen kuuluu osaamista monelta eri osa-alueelta. Osaaminen koostuu eettisestä toiminnasta, terveyden edistämisestä, hoitotyön päätöksenteosta,

ohjauksesta ja opetuksesta, yhteistyöstä, tutkimus- ja kehittämistyöstä, johtamisesta, monikulttuurisesta hoitotyöstä, yhteiskunnallisesta toiminnasta, kliinisestä hoitotyöstä ja lääkehoitosta (Tarhonen 2013, 49; Tuomi 2008, 60; Jutila 2013, 25 – 26.) Tuomen tutkimuksen (2008, 58) mukaan työelämän yhteiseen osaamiseen kuuluu edellisten lisäksi myös kansainvälisyys-, ja viestintä- ja vuorovaikutusosaaminen.

Kehittyminen aloittelijasta asiantuntijaksi vie useita vuosia ja taitojen oppiminen on mahdollista vasta käytännön työn todellisissa tilanteissa. Aloittelijalla osaamiselementit ovat vielä irrallaan, kun taas asiantuntijalla ne ovat jäsentyneet persoonalliseksi tavaksi toimia. Asiantuntija toimii tilanteen edellyttämällä tavalla (Lauri 2007, 106 - 107; Helakorpi 2009.) Benner on kuvannut omassa julkaisussaan aloittelijasta asiantuntijaksi, hoitotyön kokemuksen koostuvan viidestä eri vaiheesta novisista, kehittyneestä aloittelijasta, toimivaltaisesta, taitavasta ja asiantuntijasta. Hän kuvaa hoitajan olevan toimivaltaisen siinä vaiheessa, kun on työskennellyt 2-3 vuotta samoissa työtehtävissä (Benner 1984.)

### 3.1 Osaamisen kehittäminen Kainuun sote-kuntayhtymässä

Kainuun ikääntymispoliittinen strategia on hyväksytty vuonna 2012. Strategian avulla halutaan Kainuussa jatkossakin turvata hyvä ikääntyminen. Ikääntyminen nähdään haasteena ja mahdollisuutena. Ikääntymispolitiikka on elämäntulkupolitiikkaa, jossa kaikki ikäryhmät otetaan huomioon. ( Iän iloinen Kainuu 2030 2012, 3.) Kainuun maakunta-kuntayhtymän strategisen suunnitelman vuosille 2007-2015 vision mukaan Kainuun maakunta on arvostettu edelläkävijä alueensa kehittäjänä ja palveluiden järjestäjänä. Kainuun ikääntymispoliittisen strategian tavoitteena on terveyden edistäminen ja ennaltaehkäisy sekä hyvinvoinnin lisääminen. Näissä tavoitteissa onnistuminen vähentää korjaavien palveluiden tarvetta (Kainuun maakunta-kuntayhtymän strategia vuosille 2007 - 2015, 3; Iän iloinen Kainuu 2030 2012, 31.)

Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymä aloitti toimintansa 1.1.2013. Se jatkaa omien palvelujensa osalta vuosina 2005 - 2012 toimineen Kainuun maakunta-kuntayhtymän toimintaa. Kuntayhtymä tuottaa jäsenkunnilleen sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut. Päivähoito ei kuulu näihin palveluihin. Kuntayhtymän jäsenkuntia ovat Hyrynsalmi, Kajaani, Kuhmo, Paltamo, Ristijärvi, Sotkamo ja Suomussalmi. Kuntayhtymä työllistää noin 3200 henkilöä. (Kainuun vanhuspalvelut - turvallisesti kotona tukien.)

Vanhuspalvelut ovat yksi sosiaali- ja terveystoimialan tulosalueesta. Vuoden 2013 alusta on vanhuspalveluiden tulosalueiden johtamisjärjestelmissä tapahtunut muutoksia siten, että seudulliset johtamisjärjestelyt on purettu ja siirrytty kohti prosessimaista johtamista. Jatkossa vanhuspalvelut rakentuvat entistä selkeämmin kahdelle vastuualueelle eli ydinprosessien mukaisesti kotona asumista tukeviin palveluihin ja ympärivuorokautisiin hoivapalveluihin. Edellä mainittuja vastuualueita organisoidaan erikseen tukemaan palveluohjaus ja ostopalvelut. Vanhuspalvelujen toiminnan tulee kokonaisuutena perustua ennakkoivaan ja kuntouttavaan työotteeseen (Tolonen 2012)

Vanhuspalveluiden arvoina ovat voimavaralähtöisyys, turvallisuus, itsemääräämisoikeus, tasa-arvo, oikeudenmukaisuus ja osallisuus. Palvelun tavoitteena on, että ikääntyvä kainuulainen vanhus selviytyy itsenäisesti ja turvallisesti omassa kodissaan oikea-aikaisten palveluiden ja lähiverkostonsa turvin. Vanhuksen omia valintoja kunnioitetaan hyvän ja turvallisen ympärivuorokautisen hoivan ja hoidon järjestämisessä. Vanhuspalvelujen tehtävänä on edistää kaikissa palvelutilanteissa asiakkaan omaa toimintakykyä ja itsenäistä elämää. (Tolonen 2012).

### 3.2 Sotkamon kotihoidon osaamisen kehittäminen ja muistiosaaminen

Kotipalvelu ja kotisairaanhoidon yhdistyivät vuonna 2000 kotihoidoksi. Kotihoito, omaishoito ja sosiaalihuoltoasetuksen mukainen palvelu muodostavat kotona asumista tukevat palvelut. Sotkamon kotona asumista tukevissa palveluissa on noin 50 työntekijää. Kotihoidon sairaanhoitajia on kahdeksan ja kaksi heistä on pääsääntöisesti muistineuvolatyössä. Työyhteisöön kuuluu kotihoidon palvelupäällikkö, fysioterapeutti/palveluesimies, palveluesimies, sairaanhoitajia, terveydenhoitajia, lähihoitajia, kodinhoitajia ja sosionomeja. Säännöllisiä hoivapalveluja saavia asiakkaita on noin 250 (Hyvönen 2007; Turpeinen 2013.)

Vuosille 2013 - 2020 vanhuspalvelujen toimintasuunnitelman strategisen päämäärän mukaan (Tolonen 2012) vanhuspalveluissa työskentelee riittävä, pääsääntöisesti vakituinen, ammatillisesti osaava ja ammatistaan ylpeä sekä työhönsä sitoutunut henkilöstö. Sotkamon kotihoidon henkilöstö on työhönsä sitoutunutta.

Kainuun väestö ikääntyy nopeasti ja siitä johtuen paine monipuolisen vanhustyön osaamisen vahvistamiselle eri tulosalueilla on ilmeinen ja sen tarve kasvaa koko ajan (Tolonen 2012).

Sotkamon kotona asumista tukevien palveluiden osaamisen kehittämiseen on paneuduttu vuodesta 2007, jolloin tehtiin osaamisen kehittämisen suunnitelma. Haasteina osaamisen kehittämässä vuonna 2010 koettiin olevan hiljaisen tiedon siirtämisen, ennaltaehkäisy- ja kuntouttavan työn (Hyvönen 2010)

Kotihoidon sairaanhoitajan konkreettisiin osaamisalueisiin kuuluu terveydentilan arviointi, lääkehoito, toimenpiteet, ensiapuosaaminen, saattohoitoon ja kuolemaan liittyvä osaaminen, muistisairaanhoito osaaminen, kansanterveysosaaminen ja päihdetyöosaaminen. (Liite 4) Osaamisalueet on jaettu sairaanhoitajien kesken siten, että kaikilla on oma erityisosaamisen alue. Sairaanhoitajan ammattitaito ja laaja-alainen osaaminen vastuullisena toimijana, hoidon koordinoijana ja hoitotiimin johtajana korostuu erityisesti vanhustyössä ja pitkäaikaisessa hoidossa (Hyvönen 2010; Ruontimo 2009, 31).

Muistineuvola on osa kotihoidon toimintaa. Sotkamon muistineuvolassa työskentelee pääsääntöisesti kaksi muistihoitajaa ja geriatri. Työhön kuuluu sekä vastaanotto- että kotikäynti-työ. Muistineuvolatyö on ennaltaehkäisevää toimintaa, asiakkaan kokonaisvaltaista hoitamista sekä omaisen ohjeistamista ja tukemista muistisairaudesta Käypä hoito – suositusten (2010) mukaisesti. Edellytyksenä hoidon onnistumiselle on yksilöllinen muistipotilaan hoitoketju. Se mahdollistaa suunnitelmallisen seurannan ja oikea-aikaisten sekä sairastuneen että läheisen selviytymistä tukevien toimenpiteiden toteutumisen. ( Hyvönen 2013; Suomen lääkärilehti 2008, 9.)

Vuonna 2010 Kainuussa oli 2788 muistisairaudesta kärsivää henkilöä. Vuoden 2012 tilastojen mukaan muistineuvolan asiakaskäyntejä Sotkamossa oli n. 450, joista uusia asiakkaita 62. Muistisairaudesta diagnoosin saaneita oli 36. Yleisin diagnoosi oli alzheimerin tauti. Ennusteiden mukaan muistisairaudesta kärsiviä henkilöitä olisi Kainuussa vuonna 2020 3702. (Sotkamon muistineuvolan tilastot 2012; Kainuun muistiluotsi 2013.)

#### 4 KANSALLINEN MUISTIOHJELMA 2012 - 2020

Vuonna 2008 Euroopan parlamentin hyväksymässä kannanotossa nostetaan esiin muistisairauksien kasvava merkitys kansanterveyden ja – talouden kannalta. Yhdeksi varautumisen työvälineeksi ehdotetaan kannanotossa Kansallista muistiohjelmaa. Sosiaali- ja terveysministeriön asettama työryhmä on valmistellut Suomen ohjelman. Työryhmä on linjannut kansallisen muistiohjelman tavoitteeksi rakentaa yhteisvastuullinen muistiystävällinen Suomi. Ohjelma on sovitettu yhteen sosiaali- ja terveystalouden tavoitteiden sekä hoito- ja laatusuosituksen kanssa. Toimeenpano kytketään yhteen lainsäädäntöhankkeiden ja ohjelmien, esimerkiksi Kaste-ohjelman toimeenpanoon. (Kansallinen muistiohjelma 2012 - 2020, 2.)

Muistiystävällisen Suomen tarkoituksena on, että yhteiskunnassa on otettu vakavasti aivoterveiden edistäminen ja muistioireiden varhainen tunnistaminen. Sairastuneet saavat asianmukaisen hoidon, huolenpidon sekä kuntoutuksen. Heille taataan arvokas elämä ja annetaan tarvittava tuki. (Kansallinen muistiohjelma 2012 - 2020, 8.) Kansallisen muistiohjelman tavoitteet ovat:

1. Aivoterveys on elämänmittainen asia.

Aivoterveiden edistäminen tarkoittaa, että ihmisten tietoisuus aivojen terveydestä on kasvanut ja he saavat tukea sen vaalimiseen. Terveystalouden ammattilaisten tulee osata nykyistä paremmin edistää asiakkaiden aivoterveystä. Aivoterveiden edistämiseen kuuluu myös työuupumisen- ja kuormittuneisuuden ongelmien tunnistaminen ja ennaltaehkäisy.

2. Muistisairaudet koskettavat kaikkia – asenne ratkaisee.

Tarkoittaa oikeita asenteita aivoterveysteen, muistisairauksien hoitoon ja kuntoutukseen. Tietoa muistisairauksista pitää lisätä ja muuttaa asenteita myönteisemmäksi yhteiskunnassa. Näin turvataan muistisairaiden ihmisten perus- ja itsemääräämisoikeuden toteutuminen.

3. Hyvä hoito kannattaa.

Hyvän elämänlaadun varmistaminen muistisairaille ihmisille ja heidän läheisilleen oikea-aikaisten tuen, hoidon, kuntoutuksen ja palvelujen turvin. Suomessa on muistisairaille yhtenäinen ja toimiva hoito-, kuntoutus- ja palveluketju.

#### 4. Tutkimustiedon ja osaamisen vahvistaminen

Kaikilla palvelujärjestelmän tasoilla on kattavan tutkimustieto ja osaamista vahvistetaan, kansalaisten aivoterveysten edistäminen, muistioireiden tunnistaminen ja asiantuntijasuosittelun mukaisiin tutkimuksiin ohjaaminen. Ammattihenkilöstöllä on riittävä osaaminen muistisairaana identiteettiä ja elämänlaatua tukevaan hoitoon ja palveluun muistisairaana ihmisen elämän loppuun asti. Lisäksi omaisten tukeminen ja muistisairaana ihmisen oikeusturvaan liittyvät kysymykset liittyvät osaamisen vahvistamiseen.

## 5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Opinnäytetyöni tarkoituksena on kartoittaa kotihoidon sairaanhoitajien muistiosaamista jokapäiväisessä hoitotyössä. Tavoitteena on luoda kotihoidon sairaanhoitajien muistiosaamisen kehittämissuunnitelma kansallisen muistiohjelman 2012 - 2020 tavoitteiden mukaisesti.

Tutkimustehtäväni ovat:

1. Mitä muistiosaamista Sotkamon kotihoidon sairaanhoitohenkilökunnalla on muistisairaanhoidon hoitotyöstä?
2. Millaisia haasteita arjen hoitotyössä esiintyy, kun kyseessä on muistisairas asiakas?
3. Mitkä kansallisen muistiohjelman tavoitteet nousevat muistiosaamisen kehittämisen kohteeksi?
  - mitä koulutusta sairaanhoitohenkilökunta on saanut muistisairaanhoidon hoitamiseen?

## 6 METODOLOGISET LÄHTÖKOHDAT

Tutkimusprosessi on haastava ja opettavainen kokonaisuus. Samankaltaisten merkkien tulkitseminen ja uusien johtolankojen tuottaminen on tieteellistä tutkimusta. ( Alasuutari 2011,77). Tutkimus voi olla luonteeltaan syklinen, päättymätön prosessi. Prosessi, joka voidaan aloittaa mistä kohdasta tahansa. Prosessissa siirrytään vaiheesta toiseen palaten taas takaisin johonkin edelliseen vaiheeseen täydentämään sitä. Prosessi, joka ohjaa harkitsemaan jo tehtyjä valintoja uudelleen ( Blaxter, Hughes & Tight 1996, 14.) Tämä on tullut selkeästi esille aloitettuani aineiston analyysin. Olen usein joutunut palamaan teoriaan, hakemaan vahvistusta ajatuksilleni sekä teoriapohjaa analyysissa esiin tulleille asioille. Tutkimusuunnitelma on hyvä pohja, jonka mukaan on ollut helppo edetä.

Laadullisessa tutkimuksessa tutkijan asema on keskeinen eri tavalla kuin tilastollisessa tutkimuksessa. Toiminnassa on tietynlaista vapautta, joka antaa vapauden joustavaan tutkimuksen suunnitteluun ja toteuttamiseen. Tutkijalta vaaditaan kuitenkin varsin paljon tutkimuksellista mielikuvitusta menetelmien suhteen, jotka on perusteltava lukijalle.( Eskola & Suoranta 2008, 20)

Kotihoidon muistiosaamisesta ei löytynyt tekemilläni hauilla yhtään tutkimusta gradu tai väitöskirjatasolta. Ammattikorkeakoulutasoisia opinnäytetöitä löytyi sen sijaan useita. Laadulliselle tutkimukselle on ominaista, että tutkimusaiheesta on vähän tietoa. ( Kylmä & Juvakka 2007,30-31). Suomenkielisissä metodioppaissa ja tutkimusraporteissa käytetään laadullisen tutkimuksen synonyymeina termejä laadullinen, kvalitatiivinen, pehmeä, ymmärtävä ja ihmistutkimus.( Tuomi & Sarajärvi 2002, 23).

### 6.1 Tutkimuksellisen otteen valinta

Tutkimusotteeni on laadullinen. Laadullisessa tutkimuksessa pyritään tutkimaan kohdetta kokonaisvaltaisesti. Sen tarkoituksena on löytää ja paljastaa tosiasioita sekä toimia todellisen elämän kuvaajana ( Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2013, 161.) Tässä opinnäytetyössä kartoitin Sotkamon kotihoidon sairaanhoitohenkilökunnan muistiosaamista. Työn tarkoituksena on



saada tietoa tämän hetkisestä muistiosaamisesta sekä kehitettävistä muistiosaamisen alueista, käyttäen johtoajatuksena Kansallisen muistiohjelman 2012 - 2020 asettamia tavoitteita.

Halusin opinnäytetyöni avulla kartoittaa, millä tavoin Sotkamon kotihoidon sairaanhoitotyötä tekevät kuvaavat omaa osaamistaan sekä mitä toiveita ja odotuksia heillä on muistiosaamisen koulutuksen suhteen. Tutkimustehtävällä 2 halusin tarkentaa osaamista arjen hoitotyössä ja näin saada asiaan erilaisia näkökulmia. Asioiden ja ilmiöiden tarkastelu tapahtuu luonnollisessa yhteydessään. Tavoitteena laadullisessa tutkimuksessa on osallistujien näkökulman ymmärtäminen. Tutkimuksessa etsitään vastauksia mitä-, miten-, ja miksi- kysymyksiin (Pauonen & Vehviläinen - Julkunen 1997, 20; Kylmä & Juvakka 2007,31.)

Laadullinen tutkimus on etenevä kertomus. Sen lähtökohtana on induktiivisuus. Havaintoja tehdään yksittäisistä tapahtumista yhdistäen ne laajemmaksi kokonaisuudeksi. Päättely tehdään aineistolähtöisesti. Abduktiivisuudessa yhdistyy teoria ja aineisto (Kylmä & Juvakka 2007, 22 - 23; Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2013, 266.) Tutkimusprosessin aikana voi syntyä uusia tutkimustehtäviä tai ne voivat tarkentua tutkimusprosessin myötä. (Kylmä & Juvakka 2007,26).

Aineiston keruumenetelmänä käytin teemahaastattelua. Haastattelin kaikki kotihoidon sairaanhoitotyötä tekevät. Laadullisen tutkimuksen tarkoituksena on mahdollistaa tutkimukseen osallistuvien ihmisten näkökulman esille tulo ja tavoitteena on saada tutkittavasta ilmiöstä monipuolisia ja värikkäitä kuvauksia (Kylmä & Juvakka 2007, 79, 93.)

## 6.2 Haastattelu aineistonkeruu menetelmänä

Kartoitin Sotkamon kotihoidon sairaanhoitohenkilökunnan muistiosaamista haastattelun avulla. Sen avulla selvitin, mitä osaaminen on nyt ja mitkä osa-alueet vaativat kehittämistä, jotta päästäisiin kansallisen muistiohjelman asettamiin tavoitteisiin. Haastattelusta saamani tiedon sekä Kansallisen muistiohjelman avulla luon muistiosaamisen kehittämissuunnitelman.

Haastattelussa voidaan säädellä aineiston keruuta joustavasti tilanteen edellyttämällä tavalla ja myötäillen vastaajia. Tämä toimii haastattelun suurena etuna verrattuna muihin tiedonkeruumenetelmiin. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2013, 205). Toisena etuna

haastattelussa tutkimuksen kannalta on, että haastateltavat saadaan yleensä mukaan ja heidät on helppo tavoittaa myöhemminkin, mikäli on täydennettävä aineistoa tai tehdään seurantatutkimusta. Tieto on laadullisessa tutkimuksessa sidottu siihen tutkimusympäristöön, yhteisöön ja kulttuuriin, mistä se on hankittu. Etuna on myös se, että haastatteluun voidaan valita henkilöt, joilla on tietoa tutkittavasta aiheesta ja kokemusta kyseisestä ilmiöstä (Hirsjärvi & Remes & Sajavaara 2013, 206; Kylmä & Juvakka.2007, 79; Tuomi & Sarajärvi 2002, 76.)

Haastattelun lajeista valitsin tutkimushaastattelun. Tutkimushaastattelun kolmesta ryhmästä käytin puolistrukturoitua teemahaastattelua. Tuomen ja Sarajärven mukaan (2002, 78) teemahaastatteluun päätyessään on tutkijan hyvä pohtia tarkkaan, miten teemat ohjaavat haastattelua. Loin teemat aiheesta saamani esiyymmärryksen pohjalta. Teemahaastattelun runko muodostui Kansallisen muistiohjelman tavoitteista. Kysymykset laadin tavoitteisiin ja tutkimustehtäviin pohjautuen. Teemahaastattelussa pyritään löytämään merkityksellisiä vastauksia tutkimuksen tarkoituksen, tutkimustehtävän tai ongelmanasettelun mukaisesti. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 77). Teema-alueet ovat niitä alueita, joihin haastattelukysymykset kohdistetaan, mutta kysymyksien ei tarvitse olla tarkassa muodossa ja järjestyksessä. (Hirsjärvi & Hurme 1995, 41; Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2013, 208).

Sain tutkimusluvan viikolla 43 ja tein esihaastattelun samalla viikolla. Esihaastattelin kollegeani. Teemahaastattelun välttämättömin ja tärkein osa on esihaastattelu (Hirsjärvi & Hurme 2000, 73). Esihaastatteluja tein yhden, koska haastateltavat olivat tuttuja. Esihaastattelulla sain selville arvion haastatteluun kuluva ajasta ja teema-alueiden sopivuudesta. Lisäksi pystyin arvioimaan taustakysymyksien merkitystä tutkimukselle. Haastattelun jälkeen poistin taustatietokysymyksistä iän, koska katsoin, että se ei ole oleellinen tieto tutkimuksen kannalta. Lisäksi muutin haastattelurungon yhtä kysymystä eri muotoon. Toisen haastattelun jälkeen tein vielä yhden muutoksen kysymyksiin. (Liite 2)

Toteutin haastattelun Sotkamon kotihoidossa. Haastattelin kaikki Sotkamon kotihoidon sairaanhoitotyötä tekevät hoitotyöntekijät. Tutkimuksen luotettavuuden kannalta on merkittävää, että tutkimusaineisto on kattava. Tutkimuksen toimijoiden valintakriteereissä korostuvat laadullisessa haastattelussa kokemukset tutkittavasta ilmiöstä sekä halukkuus ja kyky keskustella tutkimusaiheen kysymyksistä haastattelutilanteessa (Kylmä & Juvakka 2007, 80). Pohdin vielä ennen haastatteluja haastattelenko kaikki vai vain esimerkiksi nuorimman ja

vanhimman työntekijän tai eniten työkokemusta omaavan ja vastavalmistuneen, mutta päädyin viitaten edellä mainittuun tutkimuksen luotettavuuteen, haastatella kaikki. Tärkeintä haastattelussa on saada mahdollisimman paljon tietoa (Tuomi & Sarajärvi 2002, 75). Toteutin haastattelun yksilöhaastatteluna Sotkamon muistineuvolan ns. kakkoshuoneessa. Se sijaitsee terveysaseman tiloissa kellarikäytävällä ja toimii muistineuvolan toimistotilana, lähinnä kirjaamiseen. Tila on rauhallinen ja haastattelulle sopiva paikka. Hyvän haastattelutilanteen kehittymistä edistää haastateltavalle entuudestaan tuttu ja miellyttävä paikka (Kylmä & Juvakka 2007, 90 - 91). Yhdelle haastateltavista paikka ei ollut tuttu. Joidenkin haastattelujen aikana käytävällä oli enemmän liikennettä, mutta se ei haitannut haastattelun kulkua.

Kävin keskustelemassa haastatteluista viikolla 45. Sovimme haastateltavien kanssa, että teen päiväkohtaisen aikataulun useammalle päivälle ja haastateltavat voivat itse valita sopivan päivän ja ajankohdan. Haastattelupäivät pyrin järjestelemään myös omaan ja perheen aikatauluun sopiviksi. Tämä oli mielestäni tärkeä asia resursseja ajatellen. Sovin haastattelusta jokaisen haastateltavan kanssa erikseen huomioiden heidän työaikansa ja optimaalisen haastatteluajankohdan. Pääperiaatteena oli se, että haastattelut tehdään työajalla. Oletuksena ajattelin, että iltapäivät olisivat parhaimmat ajankohdat haastattelulle, koska aamut on yleensä kiireisiä. Haastattelut toteutuivatkin suurimmaksi osaksi iltapäivän puolella. Suunnitelmavaiheessa ajauksenani oli että ennen haastattelua pyrin sopimaan jonkun muun työntekijän kanssa siitä, että hän haastattelun ajaksi ottaisi haastateltavan työpuhelimien. Haastateltava pystyy näin keskittymään asiaan ilman keskeytyksiä. Tällä on vaikutusta myös tutkimuksen luotettavuuteen. Haastattelu aika oli kuitenkin kokonaisuudessaan vain noin yksi tunti ja tämän ajan puhelimet olivat äänettöminä. Suunnitelman mukainen ajatus ei siis tässä toteutunut.

Sopiessani haastatteluja kerroin siihen kuluvaan ajan, joten jokainen osasi varata sen omaan kalenteriinsa. Haastattelut toteutuivat työntekijöille sopivimman aikataulun mukaan. Myös tämä on haastattelun onnistumiselle merkittävä tekijä. Haastatteluun kuluva ajasta pitää informoida etukäteen (Kylmä & Juvakka. 2007, 90).

Ennen varsinaista haastattelua keskustelimme tutkimusaiheesta ja haastattelusta. Kerroin tutkimuksen taustat ja haastattelun teema-alueet. Jokainen sai myös ennen haastattelua tutustua haastattelun teemarunkoon. On suositeltavaa haastattelun onnistumisen kannalta, että haastateltavat voivat tutustua kysymyksiin etukäteen (Tuomi & Sarajärvi 2002, 75).

Kerroin ennen haastattelun alkamista, että nauhoitan haastattelun, jotta voin mahdollisimman tarkasti hyödyntää sitä analyysivaiheessa. Kävimme myös jokaisen haastateltavan kanssa läpi sen, että kun olen purkanut haastattelun sanasta sanaan, hävitän haastattelut asianmukaisesti. Haastattelun nauhoitukseen on saatava lupa. (Kylmä & Juvakka 2007, 92). Päätin, että en käytä tutkimuksessani suoria lainauksia haastattelusta, koska työyhteisömme on pieni ja sanomiset on helppo tunnistaa. Kahdelle haastateltavista tämä ei olisi ollut ongelma. Muistiinpanoja tein haastattelun jälkeen, jotta se ei häittäisi haastattelun kulkua. Haastattelutilanteen dokumentoiminen riittävän huolellisesti analyysivaihetta varten on oleellista. (Kylmä & Juvakka 2007, 90).

Ennen haastattelua varmistin vielä nauhurin toimivuuden. Aloitin siis haastattelun kysymällä haastateltavan ajatuksia aiheesta ja kertomalla pääkohdat kansallisen muistiohjelman tavoitteista sekä taustatiedot tutkimukselle. Vielä ennen haastattelua varmistin suostumuksen haastattelun nauhoittamiseen. Korostin myös sitä, että hävitän nauhat asianmukaisesti heti auki kirjoittamisen jälkeen. Haastateltavan on pystyttävä luottamaan siihen, että annetut tiedot käsitellään luottamuksellisesti, tämä on tutkimuksen luotettavuuden ja eettisyyden vuoksi tärkeää (Kylmä & Juvakka 2007, 92, 131, 147; Hirsjärvi & Hurme 1995, 27.)

Siirryin varsinaisiin teema-alueisiin taustakysymysten jälkeen. Taustakysymyksinä kysyin koulutuksen ja työkokemuksen. Kaikki haastattelut sujuivat haastattelurungon mukaisesti. Muutamia täydentäviä kysymyksiä ja kommentteja tuli kuitenkin jokaisessa haastattelussa. Haastattelun lopuksi kysyin, haluaako haastateltava lisätä jotain aiheeseen liittyvää tai oliko kysymykset vaikeita. Lisäksi kysyin, miltä haastattelu tuntui.

Purin ja kirjasin haastattelut sanasta sanaan itse. Suunnitelmavaiheessa ajatuksenani oli, että olisin purkanut haastattelun samana päivänä, mutta käytännössä tämä ei onnistunut. Tein kaikki seitsemän haastattelua peräkkäisinä päivinä. Haastattelun laatua parantaa sen litteroiminen mahdollisimman nopeasti haastattelun jälkeen (Hirsjärvi & Hurme 2000, 185). Kirjoittaminen vie paljon aikaa, koska aineisto on kirjoitettava sanasta sanaan (Kylmä & Juvakka 2007, 111).

### 6.3 Aineiston analyysi ja tulkinta

Laadullisen tutkimuksen perusprosessina voidaan pitää sisällön analyysia. Se on menetelmä, jolla analysoidaan kirjoitettua tai suullista kommunikaatiota. Sisällön analyysin avulla voidaan tarkastella asioiden ja tapahtumien merkityksiä, seurauksia ja yhteyksiä sekä etsiä vastausta tutkimuksen tarkoitukseen ja tutkimustehtäviin. Sisällön analyysissä voidaan edetä kahdella eri tavalla joko aineistolähtöisesti eli induktiivisesti tai jostain aiemmasta käsitejärjestelmästä lähtien eli deduktiivisesti (Latvala & Vanhanen- Nuutinen 2001, 21; Kylmä & Juvakka 2007, 112 – 113; Kyngäs & Vanhanen 1999, 5 - 7. )

Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuskysymykset ohjaavat tutkijaa ratkaisemaan, miten hän aineistoa analysoi. Analyysin ensimmäinen vaihe on analyysiyksikön määrittäminen. Analyysiyksikön valinnassa ratkaisevat aineiston laatu ja tutkimustehtävä. Analyysiyksikkönä voi olla sana tai sanayhdistelmä, nämä ovat yleisimmin käytössä. Analyysiyksikkönä voi kuitenkin olla myös lause, lausuma tai ajatuskokonaisuus (Kyngäs & Vanhanen 1999,5; Latvala & Vanhanen- Nuutinen 2001, 25. )

Analyysiyksikön valinnan jälkeen luetaan aineisto useita kertoja läpi. Lukemisen tarkoituksena on luoda pohja analyysille. Aineisto pelkistetään kysymällä aineistosta tutkimustehtävien mukaisia kysymyksiä (Kyngäs & Vanhanen 1999, 5.) Aineiston annetaan kertoa oma tarinansa tutkittavasta ilmiöstä. Aineistolähtöinen sisällön analyysi on aineiston tutkimista mahdollisimman avoimin kysymyksin. Analyysissä pyritään löytämään tutkittavan ilmiön käsitteitä (Kylmä & Juvakka 2007, 117.)

Alasuutarin mukaan (2011, 38 - 39) laadullisessa analyysissä aineistoa käsitellään kokonaisuutena. Laadullisen tutkimuksen analyysi sisältää kaksi vaihetta; havaintojen pelkistämisen ja arvoituksen ratkaisemisen. Käytännössä ne nivoutuvat aina yhteen. Teoriaa voidaan muodostaa kahdella tavalla joko deduktiivisesti tai induktiivisesti. Aineistolähtöisessä kootaan systemaattisen tutkimuksen tuloksia, analysoimalla niitä ja rakentamalla niistä teoriaa (Bron 2005, 28.)

Litteroin ensin haastattelut kirjoittamalla ne auki sanasta sanaan. Aineiston olisi voinut purkaa myös valikoiden analyysiyksiköitä suoraan haastattelusta teema-alueittain, (Hirsjärvi & Hurme 2000, 138) mutta halusin mahdollisimman tarkan kokonaiskuvan, jotta tulokset olisi-

vat luotettavia. Haastattelujen purkaminen sanasta sanaan auttoi minua hahmottamaan aineistoa ja poimimaan sieltä tietoa jo purkuvaiheessa.

Aineistosta nousi selkeästi jo haastattelun aikana kaksi asiaa. Ensimmäisenä asenne muistisairaita kohtaan, joka oli jokaisella haastateltavalla hyvä. Pohdittiin myös sitä, miten asenne on edelleen osalla kanssaihmisistä negatiivinen, esimerkiksi nostettiin muistisairaiden omaiset. Kokeneiden työntekijöiden tavoilla ja asenteilla on vaikutusta siihen, miten vaikeita tilanteita käsitellään. Asenteet ovat taipumusta reagoida ihmisiin, tapahtumiin tai työhön hyväksyen tai hyläten. Kansallisen muistiohjelman toisena tavoitteena on asenneilmapiirin muuttaminen siten, että muistisairaavat ihmiset voivat olla yhdenvertaisia jäseniä yhteiskunnassamme (Jonsson 2011, 46; Suomen Muistiasiantuntijat 2011, 27; Kansallinen muistiohjelma 2012-2020, 10.)

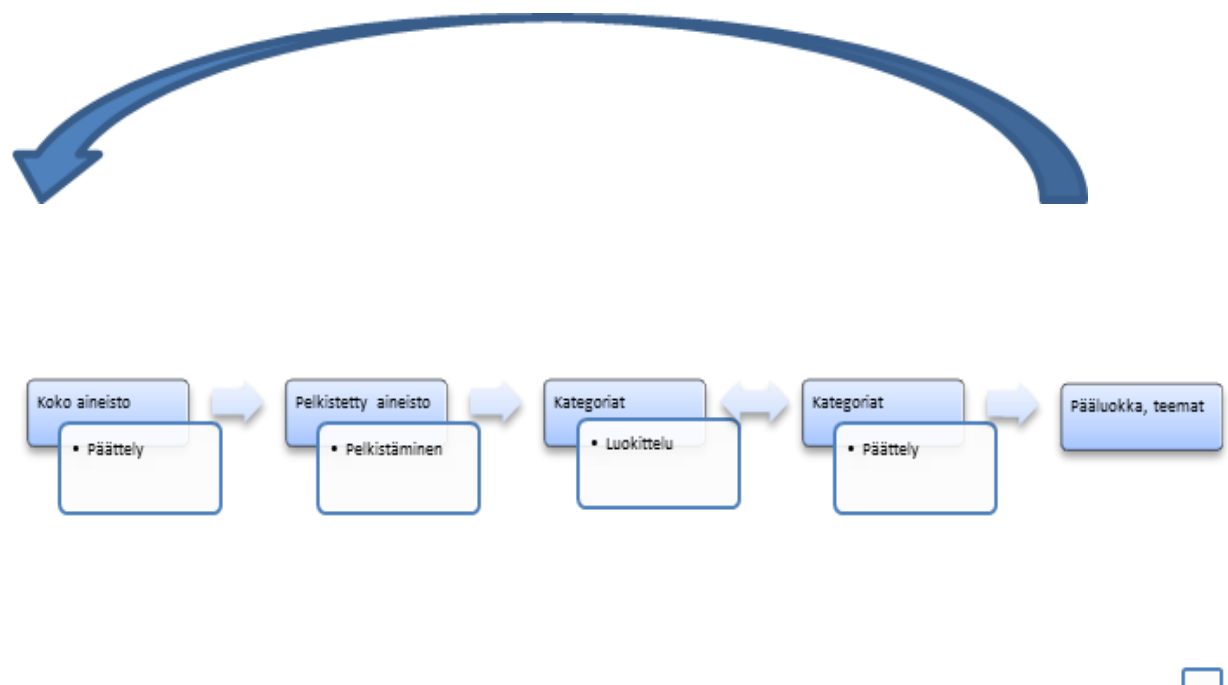
Toiseksi nousi selkeästi muistiasioiden perusasioiden koulutustarve, joka tuli esille lähes kaikissa haastatteluissa. Aineiston keruun aikana tapahtuu aineiston käsittelyä, tallentamista ja jopa analyysia. Aineiston keruun, käsittelyn ja analyysin erottaminen onkin joskus mahdotonta. (Kylmä & Juvakka 2007, 110.)

Haastattelut kirjoitin auki eli litteroin noin viikon sisällä niiden tekemisestä. Aineistoa litteroidessani kävin sen useamman kerran läpi, koska vertasin auki kirjoittamaani aineistoa nauhoitukseen. Koin muresanojen kirjaamisen vaikeaksi. Myös kohdat, jossa puhuttiin tavallaan päällekkäin jouduin kuuntelemaan useampaan kertaan. Aineistossa on mukana myös niin sanotut täytesanat, kuten niin tuota ja justiinsa, joita on aika paljon.

Litterointiin kului aikaa kahdesta viiteen tuntiin. Kävin vielä kerran kaikki haastattelut läpi tarkistus purkamisen jälkeen ja alleviivasin auki kirjoitettuihin haastatteluihin omat kysymykset ja kommentit. Poistin nauhoitukset tarkistuksen jälkeen. Aineistoa kertyi sanasta sanaan auki kirjoitettuna 22 sivua. Fonttina Calibri, fonttikoko 11 ja riviväli 1,15. Haastattelun avulla pyritään keräämään kattava aineisto. Aineiston pohjalta pitää pystyä tekemään luotettavasti tutkittavaa ilmiötä koskevia päätelmiä (Hirsjärvi & Hurme 1995, 40.) Aineistolähtöisessä tutkimuksessa pääpaino on aineistossa. Tämä tarkoittaa sitä, että analyysiyksiköt eivät ole ennalta määrättyjä ja teoria rakentuu aineistolähtöisesti, alhaalta ylöspäin. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.)

Luin aineiston läpi useaan kertaan. Ensimmäiseksi tutkija päättää, millaisia päätelmiä hän aikoo aineistosta tehdä. (Hirsjärvi & Hurme 1995,40). Lähdin analysoimaan aineistoa induktiivisella sisällönanalyysillä käyttäen myös abduktiivista päättelyä. Johtoajatuksenani ensimmäisessä vaiheessa oli pelkistää aineisto asioilla, jotka liittyvät muistisairauden hoitoon. Muistisairaahan ihmisen hoitotyö oli yksi haastattelun teemoista ja kattaa kokonaisuudessaan asiat, jotka liittyvät myös muistiosaamiseen. Johtoajatuksen avulla havainnot voidaan keskittää seikkoihin tai olosuhteisiin, joiden avulla oletetaan tulevan uusia näkemyksiä ja ideoita, uutta teoriaa tai uusi mallinnus. (Anttila 2008, 5.)

Allaolevaan kuvioon olen kuvannut analyysin etenemisen prosessikaaviona.



Kuvio 1. Analyysiprosessi

Abduktiivisessa päättelyssä vaihtelevat aineistolähtöisyys ja valmiit mallit. Yhdistelemällä näitä toisiinsa puolipakolla, pakolla tai luovasti saattaa tuloksena syntyä jotakin uutta. Aineiston analyysissa on kyse myös keksimisen logiikasta, tutkijan on itse tuotettava analyysin viisaus. Laadullisen tutkimuksen analyysiprosessissa abduktiivinen päättely tulee avuksi varsin usein (Tuomi & Sarajärvi 2002, 99 - 102.) Päättelyä johdetaan kohti mallia. Abduktiivisessa logiikassa liikkeelle lähtö tapahtuu käytännön tasolta, siirtyen teoriaan ja takaisin käytäntöön. Ab-

duktiivinen päättely ei sulje pois teorian mukana oloa vaan se voi olla taustalla (Anttila 2007, 61 - 62.)

Alkuperäisiä ilmauksia tuli 274 kappaletta. Tästä oli hallitumpaa lähteä pelkistämään aineistoa etsimällä vastauksia tutkimustehtäviin. Jatkoisin analyysiä induktiivisella sisällön analyysillä pelkistäen aiemmin aineistosta nousseista alkuperäisilmauksista tutkimustehtäviin sopivia ilmauksia. Ensimmäiseen tutkimustehtävään nousi 63 vastausta. Toiseen tutkimustehtävään puolestaan 26 vastausta.

Koska vastauksia tuli edelleen runsaasti, piti minun luokitella niitä pienempiin ryhmiin. Luokittelussa käytin tukena esiymmärrystäni ja kokemustani muistihoitajan työstä. Yhdistelin päättelämällä muistisairaahan ihmisen hoitotyöhön liittyvät ilmaisut, jotka antoivat vastauksen kysymykseen muistiosaamisesta. Kategorioita tuli vielä 12. Nämä kategoriat olivat kokemus muistisairaahan hoidosta, tutkimusosaaminen, seuranta, kuntouttava toiminta, kohtaaminen/vuorovaikutus, moniammatillinen yhteistyö, ennaltaehkäisy, omaisen tukeminen, oikeusturva, lääkehoito, kokonaisvaltainen hoito ja asenne. Asenne tarkoittaa tässä ympäristön asennetta.

Luokittelin ensimmäisen tutkimustehtävän vastaukset vielä suppeampaan muotoon käyttäen johtoaajatuksena tutkimukseni teemoja, jotka ovat myös Kansallisen muistiohjelman tavoitteita. Teemat ovat muistisairaahan ihmisen hoitotyö, ennaltaehkäisy ja osaamisen kehittäminen.

Näistä kategorioista muistisairaahan ihmisen hoitotyöhön liittyvät tutkimusosaaminen, seuranta, kohtaaminen/vuorovaikutus, moniammatillinen yhteistyö, omaisen tukeminen, oikeusturva, lääkehoito ja kokonaisvaltainen hoito. Ennaltaehkäisyyn liittyvät puolestaan kuntouttava toiminta, seuranta, ennaltaehkäisy ja asenne. Osaamisen kehittämiseen liittyivät kokemus muistisairaahan hoidosta ja tutkimusosaaminen. Tässä vaiheessa aloin miettimään kolmannen tutkimustehtävän merkitystä tälle tutkimukselle. Selvittelenkö eroja vai pyrinkö saamaan selkeitä vastauksia siihen, millainen on muistiosaamisen koulutuksen tarve työyhteisöni hoitotyötä tekevillä? Toisaalta kehittämistarpeet nousevat vastauksista, jotka eivät vastaa tällä hetkellä Kansallisen muistiohjelman tavoitteita.

Päätin näillä perusteilla jättää kolmannen tutkimustehtävän; Mitä eroja on tämän hetkisessä osaamisessa verrattuna Kansallisen muistiohjelman tavoitteisiin pois, koska vastaus löytyy neljännen tutkimustehtävän tuloksista. Sen sijaan mietin osaamisen kehittämisen lisäkysy-



mykseksi, mitä koulutusta sairaanhoitotyötä tekevät ovat saaneet muistisairaahan ihmisen hoitamiseen?

Toinen analyysivaihe ensimmäiseen tutkimustehtävään liittyen

Lähdin etsimään vastauksia litteroidusta ja abduktiivisen päättelyn sekä induktiivisen sisällön analyysin keinoin pelkistetystä aineistosta. Luokittelukategorioita on viisi. Kategoriat ovat: muistioireiden tunnistaminen, diagnosointi, lääketieteellinen hoito, toimintakyvyn ylläpito, arviointi ja seuranta sekä kuntoutumista tukeva toiminta. Kategoriat ovat valittu teoriasta vahvasti nousseista yhtäläisyyksistä.

Analysointi oli näin selkeää, koska sain nostettua pelkistetystä aineistosta nousseet analyysiyksiköt suoraan niihin kohdistuvaan kategoriaan ja tulkinnan tekeminen oli loogista ja luotettavaa.

Luokittelin myös toisen tutkimustehtävän, millaisia haasteita arjen hoitotyössä esiintyy, kun kyseessä on muistisairas asiakas vastaukset pienempiin kategorioihin, jotka olivat asianmukainen hoito/hoitopaikka, luottamuksen puute, sosiaalinen verkosto ja muistisairauksien määrä. Ennen kategorioihin liittämistä valitsin kaikille kategorioille merkin, jolla merkitsin ilmaisut ennen yhdistämistä. Näin pystyn tarkistamaan ajatuskulkuani tarvittaessa.

Toinen analyysi toiseen tutkimuskysymykseen liittyen

Analysoin myös toisen tutkimustehtävän samalla tavalla uudelleen kuin ensimmäisenkin. Näin tutkimuksesta tulee selkeä ja luettavuus paranee.

Kategorioiksi nostin esiymmärrykseni ja johtoajatukseni ohjaamana sairastuneeseen liittyvät tekijät, omaishoitajaan liittyvät tekijät ja sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmään liittyvät tekijät. Näiden kategorioiden yhteinen nimittäjä on kotona asumista uhkaavat tekijät.

Tutkijan on hallittava tutkimansa aihe. Hänellä tulee olla aiheesta tiedollinen tai käytännöllinen esiymmärrys. Näiden avulla tutkija pystyy havaitsemaan aineistosta tuloksen kannalta olennaiset asiat. Ilmiöstä voidaan abduktiivisen päättelyn avulla nostaa näkymättömiin jääviä ja tiedostamattomia asioita. Prosessia voidaan analysoida eri tavoin, nostamalla näkyviin esimerkiksi tekijän tietoa, asiantuntijan osaamista tai prosessin kulkua kokonaisuudessaan. (Anttila 2008, 6.)

Toisen analyysivaiheen jälkeen minun oli helppo lähteä peilaamaan kotihoidon sairaanhoito-henkilökunnan osaamista Kansallisen muistiohjelman tavoitteisiin ja etsiä tarkempaa vastausta tutkimustehtävään 3.

Tein analyysin kahdessa osassa, etsimällä vastauksia tutkimustehtäviin peilaten ja tavallaan tarkistaen aineiston vielä läpi päättelämällä. Hyödynnän tässä esiymmärrystäni ja omaa ammattitaitoani.

Aineiston analysoinnissa käytän kahta analyysimenetelmää, jotta saan aineistosta mahdollisimman paljon vastauksia. Aineistolähtöisen analyysin tarkoituksena on luoda tutkimusaineistosta teoreettinen kokonaisuus.( Tuomi & Sarajärvi 2002, 97). Tarvittaessa tietoa jonkin tietyn ilmiön olemuksesta on aineistolähtöinen analyysi tarpeellinen. (Eskola & Suoranta 2008, 19).

## 7 TULOKSET JA JOHTOPÄÄTÖKSET

Opinnäytetyöni lähtökohtana oli Kansallisen muistiohjelman 2012-2020 tavoitteet muistisairaanhoidon ihmisen hoitoon. Tavoitteiden pohjalta muotoilin teemahaastattelun teemat ja niihin sisältyvät kysymykset sairaanhoitohenkilökunnan muistiosaamisen kartoittamiseksi. Aineiston analyysivaiheessa haastattelusta saamani tieto ohjasi minua tutkimuksen tulosten, johtopäätöksien ja pohdinnan luomisessa.

Tutkimukseni käsitteinä ovat kansallisen muistiohjelman tavoitteiden pohjalta ennaltaehkäisy, muistiosaaminen ja muistisairaanhoidon ihmisen hoitotyö sekä osaamisen kehittäminen muistihoitotyössä. Tarkastellessani tutkimustani päätin nostaa käsitteisiin vielä osaamisen, koska se on olennainen osa tutkimustani. Lisäksi käsitteisiin nousi kotihoidon sairaanhoitohenkilökunta. Käyttäessään tutkimuksessa laadullista otetta, tutkija pyrkii löytämään aineistosta yleisiä yhtäläisyyksiä, luo alustavia ehdotuksia käsitteistä ja päättyy yhtenäiseen käsitteen määrittelyyn. (Janhonen & Nikkonen 2001,15).

**Ennaltaehkäisyllä** tarkoitetaan tässä tutkimuksessa aivoterveystieteen edistämistä ja työuupumuksen ennaltaehkäisyä. Aivoterveystieteen edistäminen kuuluu yhteiskunnan kaikille sektoreille.

**Muistiosaaminen ja muistisairaanhoidon ihmisen hoitotyö** on muistioireiden varhaisen tunnistamisen, muistitutkimukseen ohjaamisen, diagnosoinnin, asianmukaisen lääkehoidon ja muun hoidon varhaisen vaiheen aloittamista. Tähän käsitteeseen kuuluu myös oikean asenneilmapiirin luominen siten, että muistisairaiden ihmisten perus- ja itsemääräämisoikeudet toteutuvat. Lisäksi muistisairaille tulee olla yhtenäinen ja toimiva kuntoutus- ja palveluketju, jotta yhdenvertaisuus voidaan turvata.

**Osaaminen** määritellään kyvyksi yhdistää ammattiin liittyvät tiedot ja taidot tarkoituksenmukaiseksi kokonaisuudeksi. Se on sekä yksilöllistä että yhteisöllistä. Osaaminen on myös joustavuutta, epävarmuuden sietoa ja muutoshalukkuutta. Osaaminen edellyttää jatkuvaa arviointia ja kehittämistä. Arviointi tapahtuu itsearviointina tai ulkoisena arviointina.

**Osaamisen kehittäminen** sisältää ammattihenkilöstön riittävän osaamisen muistisairaanhoidon ihmisen identiteettiä ja elämänlaatua tukevassa hoidossa ja palvelussa aina muistisairaanhoidon ihmisen elämän loppuun saakka. Tiedot, taidot ja asenteet ovat osaamisen osatekijöitä. Osa-

minen on kykyä hyödyntää tietoja, taitoja ja pätevyyttä eri tilanteissa laaja-alaisesti. Ammatillinen osaaminen on puolestaan kykyä suoriutua työtehtävistä tietyssä toimintaympäristössä. (Kansallinen muistiohjelma 2012 - 2020, 13, 16; Suomen muistiasiantuntijat 2011, 27.)

**Kotihoidon sairaanhoitohenkilökunta** on koulutukseltaan sairaanhoitajia, terveydenhoitajia ja perushoitajia. Työtehtäviin kuuluu sekä sairaanhoidollista työtä että hoivatyötä.

## 7.1 Ensimmäisen tutkimustehtävän tulokset

Tulokset lähden purkamaan tutkimustehtäväjärjestyksessä. Ensimmäisenä tutkimustehtävänäni on kartoittaa mitä muistiosaamista Sotkamon kotihoidon sairaanhoitohenkilökunnalla on muistisairaanhoidon hoitotyöstä. Tuloksissa etenen toisen analyysin kategorioiden mukaan. Kursivoitu teksti on pelkistetty lainaus haastattelusta.

### *Muistioireiden tunnistaminen*

Muistioireiden tunnistamista kuvattiin hyvin moninaisesti. Osassa vastauksia sanottiin suoraan, että *osaa huomata alkavat muistisairaudet* ja osasta vastauksia piti asiaa hieman päätellä. Tietoa on siitä, mitä pitää seurata muistisairaanhoidossa. Asiaa on myös selkeästi pohdittu kohtaamistilanteissa. Mutta myös hieman epävarmuutta tuli esille. Esimerkkinä vastauksista yhdistellen, *mitkä asiat vaikuttavat sairauteen... niiden varhainen tunnistaminen*. Suomen Muistiasiantuntijat (2011, 29) toteavat omassa projektissaan tulleen esille, että kattavaan varhaiseen tunnistamiseen tähtäävä toiminta vaatii hoitotyöntekijöiltä toimivaa yhteistyötä, tietoa, herkkyyttä ja vastuunottamista oireiden tunnistamisessa. Vastauksista on selkeästi havaittavissa myös vastuun ottaminen ja yhteistyö muistihoitajan ja geriatrin kanssa. Kokonaisuudessaan voidaan sanoa, että muistioireet tunnistetaan hyvin ja niitä osataan seurata.

### *Diagnosointi*

Diagnosointi oli selkeästi alue, josta hoitotyöntekijöillä oli vähemmän tietoa ja osaamista. Perusmuistitestin (MMSE) tekeminen onnistui vastauksien mukaan lähes kaikilta, mutta epävarmuutta oli enemmän testin kirjaamisessa tulkitsemisessa ja sen tuloksien hyödyntämisessä käytäntöön. Myös sairauden diagnosointiin ja hoitoon liittyvistä kanavista haluttiin lisää tietoa. Yhdistellen vastauksia, *kokonaiskuva tuntuu puuttuvan*. Tämä selittynee osaksi sillä, että

tähän saakka alkututkimukset ja -hoito ovat olleet lähinnä muistineuvolan tehtävä ja näin ollen testien tekeminen ei ole kotihoidon sairaanhoitotyössä arkipäivää. Diagnoointiin kuuluu myös toimintakyvyn arvio ja arviointiin tehdyt mittarit, jotka eivät ole olleet juurikaan käytössä arjen hoitotyössä. Toisaalta sairaanhoitohenkilökunta tekee arviointia asiakkaan arjessa selviytymistä ja omaishoitajan jaksamista jokaisella käynnillä. Tästä esimerkkinä vastausyhdistelmä; *näen sen kotona pärjäämisen ja tartun heti niihin asioihin.*

Diagnoosia ei joskus voida tehdä heti ja on tärkeää, että sairaanhoitohenkilökunta osaa seurata asiakasta asianmukaisesti ja informoida muutoksista muistihoidajaa tai geriatria. Myös läheisen haastattelu on tärkeä diagnosoinnin kulmakivi. Varsinaisen diagnoosin tekee muistisairauksiin erikoistunut lääkäri, mutta muita diagnoointiin kuuluvia tutkimuksia tekee myös hoitajat. Osassa vastauksia toivottiin esimerkiksi ”tutustumista” muihin muistisairausten hoitoon liittyviin testeihin. Lisäksi toivottiin muistihoidajien antamaa koulutuspalautetta auttamaan arjen työssä.

#### *Lääketieteellinen hoito*

Lääkityksen arviointi ja seuranta onnistuu vastauksien perusteella hyvin. Kuitenkin epävarmuutta on esimerkiksi lääkehoidon jatkamisen perusteista ja lääkehoidon merkityksen perustelemisesta asiakkaalle ja omaiselle. Pohdintaa aiheutti myös se, mikä on lääkkeen todellinen hyöty. Tämä tuli esille kahdessa haastattelussa; *lääkehoidon todellinen hyöty... lääkityksestä ei aina ole hyötyä.* Suurin osa asiakkaista hyötyy lääkehoidosta paljon, kun taas muutamille lääkitys ei sovi ollenkaan. Tästä yksilöllisestä ominaisuudesta keskusteltiin muutamien haastateltavien kanssa. Lääkehoidosta dokumentoiminen ja tiedon välittäminen hoitavalle verkostolle on Suomen Muistiasiantuntijoiden Kotona Paras-projektin (2008 - 2011) mukaan tärkeä asia.

Tietoa lääkkeistä ja lääkehoidosta toivottiin myös lisää. *Tietoa lääkityksistä.. lääkehoidon vaikutus.. hättäväikutuksista.* Lisäksi on tärkeää huolehtia myös muun lääkehoidon ajantasaisuus, se on osa hyvää hoitoa. ( Suomen Muistiasiantuntijat 2011, 29 ).

#### *Toimintakyvyn ylläpito, arviointi ja seuranta*

Tällä alueella osaaminen oli erittäin hyvää. Se näkyy vastauksien runsautena ja monipuolisuutena. Säännölliset käynnit ja yhteistyö hoivatyöntekijöiden kanssa, auttaa hoitotyötä tekevää seuraamaan asiakkaan toimintakykyä tiivistä ja havainnoimaan siinä tapahtuvia muutoksia

reaaliajassa. Vastauksissa tulivat positiivisesti esille *asiakkaan hyvään oloon, turvallisuuteen, kohtaamistilanteisiin sekä psyykkiseen, fyysiseen ja sosiaaliseen hyvinvointiin liittyvät asiat... yhteistyö muistihoitajien ja geriatrin kanssa*. Asiakkaan hoitoa pohdittiin kokonaisvaltaisesti.

Erityisen ilahduttavaa oli huomata, että kohtaaminen oli ollut kaikille helppoa ja he kokivat sen onnistuneen hyvin. *Kohtaaminen on helppoa*. Esiymmärryksessäni otin kohtaamisen yhdeksi tutkimuksen taustoista, koska se on merkittävässä osassa muistisairaahan ihmisen hoitotyötä. Johtuen muistisairaahan luonteesta, on hoitajan ymmärrys edellytys sille, että asiakas tulee ymmärretyksi. Asiakkaan ja hoitajan arvot ja uskomukset kohtaavat aina vuorovaikutustilanteessa. Merkittävä haaste hoitotyössä onkin toimiva vuorovaikutus (Laaksonen & Rantala & Eloniemi-Sulkava 2002, 19.)

Kotona asumisen merkityksen tärkeys korostui *ihmisen paras paikka on koti*. Toisaalta oltiin huolissaan siitä, mitkä ovat asiakkaan jatkohoitomahdollisuudet, ellei kotona pärjääminen enää onnistu. Esimerkkeinä vastauksista; *se oikea paikka ei ole koti... asiakas ei tunnista sinua hoitajana... hoitajan näkemystä ei uskota ja asiakasta pallotellaan... asiakas hämmentyy... hoitaja alkaa väsyä*. Asiakkaan hoidon kokonaisuuteen on selkeästi paneuduttu ja ongelma-alueita tuotiin rohkeasti esiin. Näistä kerron enemmän toisen tutkimustehtävän tuloksissa.

Kotona selviytymiseen tukemiseen kaivattiin keinoja ja vinkkejä. Yhteistyössä muihin sosiaali- ja terveydenhuollon toimijoihin koettiin olevan ongelmaa. Yhteistyö on muistipotilaan yhtenäisen ja toimivan hoito-, palvelu-, ja kuntoutusketjun turvaamisen vuoksi erittäin tärkeää (Kansallinen muistiohjelma 2012, 13).

#### *Kuntoutumista tukeva toiminta*

Toiminta koettiin tärkeäksi ennaltaehkäisevänä työnä ja kotona asumisen mahdollistajana. Kuntouttavan toiminnan onnistuminen kotona koettiin mahdolliseksi. *Muistisairaahan pitää antaa tehdä asioita itse... tuetaan niitä omia voimavaroja... yhdessä tekeminen... ohjausta ravitsemukseen, liikkumiseen... on riittävästi aikaa kotikäynnille... eri järjestöt... ystäväpalvelu, mutta sitä ei ole saanut... käyvät asioilla yhdessä*.

Kodin ulkopuolista toimintaa kuitenkin kaivattiin, jotta omainen saisi levätä ja asiakkaalla olisi muitakin sosiaalisia kontakteja kuin kotihoito ja omainen. Vertaistuen merkitys korostui. Kuntouttavan toiminnan koettiin olevan kaikkien tehtävä.

Tutkimustuloksista voidaan todeta Sotkamon kotihoidon sairaanhoitotyötä tekevien hoitajien muistiosaamisen olevan varsin hyvä. Eniten vajetta tiedoissa näyttäisi olevan perustiedoissa muistisairauksista, diagnosoinnissa ja lääkehoidossa. Toisin, kuin Kotona Paras-projektin tuloksissa on Sotkamon kotihoidon sairaanhoitohenkilöstön osaaminen hyvää myös asiakasosaamistyössä. Samansuuntaisia osaamisvajeita on kuitenkin muistisairauksiin liittyvässä osaamisessa (testit, perustieto muistisairauksista). Yhteistyöosaamisessa koettiin meillä olevan vajetta muiden sosiaali- ja terveydenhoitoalan toimijoiden kanssa. Kotona Paras-projektissa puolestaan vajetta oli yhteistyössä muistikoordinaattorin kanssa (Suomen Muistiasiantuntijat 2011, 32.)

Peruslentojen ja asiakastapausten käsitteleminen yhdessä koettiin Kotona Paras- projektissa (2011, 32) tärkeäksi. Tämä on varmaan myös Sotkamon kotihoidossa tulevaisuuden suunnitelmassa.

Koen myös osaamisen jatkuvan päivittämisen olevan tärkeää. Tässä yhteydessä ajatuksena osaamisen kehittämisen tärkeydestä, otan esille amerikkalaisen sairaanhoitaja- hammaslääkärin omaisen näkökulmasta kummunneen huolen Amerikan hoitotyön tasosta. Susan Pugliese (2013) kirjoittaa artikkelissaan, että hänen mielestään amerikkalaisissa sairaaloissa on unohdettu hoitotyön pääpainon olevan potilaassa. Hän painottaa, että pitäisi palata osaavaan ja huolehtivaan ammattitaitoon sekä muistaa, että meidän pitää hoitaa ja palvella potilasta asiantuntevasti ja kunnioittavasti.

Gröönroos ja Perälä(2006, 488) toteavat tutkimuksessaan kotihoidon henkilöstön kompetenssin kokemusta selittävästä tekijöistä, kotihoidon henkilöstön toteamina vahvuuksina olevan vuorovaikutustaidot sekä kyvyn toimia yhteistyössä asiakkaan ja hänen omaisensa/ läheisensä kanssa. Vahvuutta oli etenkin fyysisiin ja sosiaalisiin tarpeisiin vastaamisessa. Tulokset ovat yhteneviä opinnäytetyöni kanssa. Erona voidaan kuitenkin todeta, että hoito- ja palveluprosessiosaaminen on Sotkamon kotihoidossa hyvää, samoin tietotekniikan käyttö. Otin tutkimuksen vertailun kohteeksi myös siksi, että siinä mainitaan kotihoidossa tehtävän työn arvostuksen lisääminen. Nuoria toivotaan alalle, koska heidän koulutuksensa vastaa yhteiskunnan muuttuneisiin haasteisiin (Gröönroos & Perälä 2006, 495.)Tässä kotihoidon kentällä on edelleen haastetta.

## 7.2 Toisen tutkimustehtävän tulokset

Toinen tutkimustehtäväni oli selvittää, millaisia haasteita arjen hoitotyössä esiintyy, kun kyseessä on muistisairas asiakas. Vastauksista nousi selkeästi neljä kategoriaa. Nämä kategoriat ovat; asianmukainen hoito/hoitopaikka, luottamuksen puute, sosiaalinen verkosto ja muistisairauksien määrä. Esitän tulokset toisen analyysin kategorioiden mukaan. Toisessa analyysissä kategorioita on kolme.

### *Sairastuneeseen liittyvät tekijät*

Kotona asumisen suurimpana uhkatekijänä ovat käytösoireet. Lisäksi uhkana ovat päivittäisessä toiminnassa ilmenevät ongelmat, kuten kävelyvaikeudet, muistilääkkeen käytön ongelmat, alkoholia käyttävä muistisairas, vaikea muistisairaus ja yksin asuminen (Suomen Muisti-asiiantuntijat 2011, 30; Erkinjuntti, Rinne & Soininen 2010, 510 - 512.) Vastauksista tulee selkeästi esiin lääkitykseen liittyvät ongelmat; *asiakas ei syö lääkkeitään... lääkitys ei sovi... lääkkeenotto on hankala muistaa*. Hoitajilla on huoli kotona pärjäämisestä tämän vuoksi. Lisäksi tuli esille etenevän muistisairauden aiheuttamat ongelmat toimintakyvyssä ja kommunikaatiossa. *Entisten taitojen vaatiminen... luottamuksen saaminen... asiakas ei tunnista hoitajaa... väärinymmärrykset pubeessa... hämmentynyt asiakas... ei ymmärrä eikä muista... aina aloitetaan ihan alusta... Kiire ja epävarmuus aiheuttaa hätäännystä*. Myös pelko kaatumisesta tuli esiin. *Asiakkaan ohjaaminen, kun on hankaluuksia kävelyssä*. Alzheimerin tautia sairastavalla lonkkamurtuman riski on seitsemänkertainen verrattuna muihin ihmisiin. Ongelmien tunnistaminen ja niihin puuttuminen ovat avainkysymyksiä. Ongelmatilanteisiin tarvitaan pikaisia ja vastuullisia toimenpiteitä. (Sormunen & Topo 2008, 50 - 51; Erkinjuntti & Rinne & Soininen 2010, 510).

### *Omaishoitajaan liittyvät tekijät*

Omaishoitajan omat terveysongelmat, väsyminen ja hoidon sitovuus ja liian suuri vastuu ovat tekijöitä, jotka uhkaavat muistisairaahan ihmisen kotona asumista. (Sormunen & Topo 2008, 50; Vuori & Heimonen 2007, 65).

*Ei saa omaisia mukaan... eivät ymmärrä muistisairaahan tilannetta... tulee ristiriitoja liiallisista vaatimuksista... neuvo omaistakin muistisairaahan toimintakyvyn tukemisessa muistisairauden edetessä... hoitaja alkaa väsyä... omaiset ovat kaukana... omaisen tukemista ongelma-asioissa*.



Omaisien jaksaminen on merkittävä tekijä kotihoidon onnistumisessa. Omaisten elämänlaadun ja hyvinvoinnin edistämiseksi olisi tärkeää tukea hänen voimavarojaan monipuolisella seurannalla ja arvioinnilla sekä tarjota tukitoimia ennakoiden ja oikea-aikaisesti. Kriittisiä vaiheita omaisten voimavaroille ovat sairauden toteaminen, kotihoidon päättymisen ja sairastuneen läheisen kuolema. Tavoitteena on muistisairaiden kotona vietetyn ajan pidentäminen, joten kotihoidon kehittäminen on ajankohtaista (Heimonen & Voutilainen 2006, 40.)

Tässä esimerkkinä kansainvälinen julkaisu. Miesen Beren kirja *Dementia in close-up* sisältää käytännön neuvoja dementoituneen hoitoon ja kertoo omaishoitajuudesta ja sen mukanaan tuomista arjen tilanteista käytännön esimerkein. Kirjassa kuvataan hyvin dementiaa sairastavan hoidon vaikeutta ja omaishoitajan sitoutumista hoitoon sekä sitä tunnetilaa, joka dementoituneen maailmassa voi olla; oman paikan ja vaikutusmahdollisuuksien menettämistä ja siitä aiheutuvia käytöshäiriöitä.

#### *Sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmään liittyvät tekijät*

Hyvän elämänlaadun turvaamisen perustana on muistioireisten ihmisten tuen ja palvelutarpeen monipuolinen ja kattava arviointi. Asiantunteva ja yksilöllisesti räätälöity muistisairaiden ihmisten ja heidän läheistensä tarpeiden mukainen tukeminen on kannattavaa kotihoidossa. Ratkaisut edellyttävät moniammatillista osaamista (Heimonen & Voutilainen 2006, 43 - 44; Sormunen & Topo 2008, 50; Erkinjuntti ym. 2010, 510.)

*Ihmisen pallotteleminen... ottavat vaan yhden jutun, eivät näe kokonaisuutta... meillä ei ole hoitopaikkoja... ratkaisua ei löydy heti... kunnon huononemisivaiheet, miten niihin vastataan.* Sotkamon kotihoidon sairaanhoitotyötä tekevillä oli huoli edellä mainituista asioista. Palvelut koettiin riittämättömiksi. Lyhytaikaishoitoon ei aina päässyt silloin, kun olisi ollut tarvetta. Asioita ei muualla sosiaali- ja terveydenhuoltokentällä nähty kokonaisuutena, vaan hoidettiin vain yhtä asiaa kerrallaan. Huolta oli myös asiakkaan kunnon romahtamisesta, kun asianmukaiseen hoitoon pääsy viivästyi. Lisäksi ennaltaehkäisevän toiminnan esimerkiksi kansanterveystyön puolella koettiin olevan liian kapea-alaista. Yhteistyötä myös tähän suuntaan toivottiin enemmän. Ja ymmärrystä siihen, että asiat pitäisi nähdä kokonaisuutena, tulevaisuuteen vaikuttavina tekijöinä.

Amerikkalaisessa tutkimuksessa hoitotyön neuvonnasta ja ennaltaehkäisevästä toiminnasta otetaan kantaa ikääntyneiden dementiaa sairastavien hoitamiseen. Siinä pohditaan arvioinnin

merkitystä hoidossa ja korostetaan hoitosuunnitelman tärkeyttä. Näillä toimenpiteillä voidaan välttää hoidon huonoa laatua (Joosse, Palmer & Lang 2013.)

Vakavaksi puutteeksi koettiin myös toiminnan vähäisyys ja puuttuminen. *..kolmannen sektorin hyödyntäminen... ei ole sitä toimintaa... ei ole päivähoitopaikkaa.* Muistisairaana sosiaaliset kontaktit ovat puutteellisia. Toimintaa pitäisi pystyä monipuolistamaan.

### 7.3 Kolmannen tutkimustehtävän tulokset

Tarkasteltaessa Sotkamon kotihoidon sairaanhoitohenkilökunnan osaamista Kansallisen muistiohjelman tavoitteisiin voidaan päätellä, että osaaminen on hyvää *ennaltaehkäisevän työn / aivoterveiden edistämisen osalta*.

*Mitä tässä voisi olla taustalla?... tauti siirtyisi, etenisi hitaasti... pienillä asioillakin voi mennä eteenpäin... lähtee ajattelemaan asioita asiakkaan voimavaroista lähtien.*

Osaamisen arvion hyväksi, koska se tulee selkeästi esiin vastauksista. Hyödynsin tässä arvioinnissa myös omaa asiantuntijuuttani. Sotkamon kotihoidon sairaanhoitohenkilökunta perusteli vastauksissaan tietämystään ennaltaehkäisystä ja sen merkityksestä. *Onhan se tärkeitä... koen erittäin tärkeänä... terveelliset elämäntavat, muistin käyttäminen, sosiaalinen elämä, liikunta... riittävä lepo... positiiviset asiat.* Lisäksi he vastauksien perusteella osasivat hyödyntää saamiaan tietotaitoja arjen hoitotyössä. *Tarttuu heti niihin asioihin... varhainen puuttuminen...* Myös omasta työssä jaksamisesta osataan huolehtia. Tiedetään, miten ennaltaehkäistään uupumista.

*..Työkavereitten kanssa puhuminen... saa neuvoja ja voi kysyä... pitää myös sanoa, että ei jaksaa... pitää levätä ja nauttia... terveelliset elämäntavat... työn suunnittelu... kuormituksen estäminen... riittävä uni... työn anti... liikunnan merkitys.*

Kehittämistarvetta ei varsinaisesti ole tämän tavoitteen osalta, mutta kertaaminen on hyvä asia jatkuvan osaamisen kehittämisen kannalta.

Myös hoitotyöntekijöiden *asenne* on hyvä, mutta tarvetta kehittämiseen näen asenteiden muuttamisessa myönteiseksi omaisten ja yhteiskunnan puolelta. Tähän tarvitaan uutta tietoa sairaanhenkilökunnalle, jotta he osaavat neuvoa ja ohjata omaisia oikein.

*Muistisairaahan ihmisen hoitotyön/Hyvän hoidon ja osaamisen vahvistamisen tavoitteet yhdistäisin, koska kehittämistarvetta on molemmissa.*

*Hoito on hyvää ja asiantuntevaa. Asiakasosaaminen on kiitettävää. Onhan se tärkeää, että ihmisen pärjää kotona mahdollisimman pitkään... Mielekästä sille muistisairaalle... asiakas on tyytyväinen ja turvallisella mielellä, omainen on tyytyväinen. Hoidon onnistumista osataan pohtia. Asiakkaalla on turvallista olla... Pystyisi suoriutumaan pitkään. Tarhosen (2013, 27) tutkimuksen mukaan hoito on hyvää silloin, kun asiakkaalle annetaan aikaa ja hänen tarpeisiinsa voidaan vastata. Annetaan riittävästi aikaa kotikäynnille... Hyvä tietää sitä historiaa, mistä asiakas on pitänyt? Hyvään hoitoon sisältyy elämäntilanteen huomioiminen, taustojen tunteminen, tasavertainen kohtaaminen, turvallisuuden luominen ja toimintakyvyn tukeminen.( Tarhonen 2013, 27)*

Kuitenkin osaamisen vajetta koettiin tällä alueella olevan perustiedoissa muistisairauksista, diagnosoinnissa ja sen jälkeisessä seurannassa ja lääkehoidossa. *Lisää tietoa muistisairauksista... ihan niitä perusjuttuja... muistilääkkeet ja niiden vaikutukset... perusjuttuja... tarkennuksia eri sairauksien muodoista ja eroavaisuuksista... lääkityksistä, mitä pitää seurata.* Ja kuten jo aiemmin kuntoutumista tukevan toiminnan tuloksissa mainitsin, koettiin yhteistyöosaamisessa olevan vajetta muiden sosiaali- ja terveydenhoitoalan toimijoiden kanssa. Ongelmat johtuivat siitä, että muilla hoitavilla tahoilla ei ymmärretä muistisairaahan ihmisen hoitoa kokonaisuutena.

Lisäksi toivottiin vinkkejä ja neuvoja erilaisiin kohtaamistilanteisiin, käytösoireiden hoitamiseen, ja muistisairaahan kokonaisvaltaiseen hoitoon. *Erilaisissa aivotoimintaa kehittävässä toiminnossa... kohtaamistilanteet, kun asiakas on aggressiivinen... sitä arjessa selviytymistä, mitkä vaikuttavat sairauteen... niiden oireiden tunnistaminen... kontrolleista ja seurannasta... kertaus on paikallaan.*

Poistin tutkimustehtävistä kolmannen, koska vastaus siihen löytyy neljännen tutkimustehtävän tuloksista. Sen sijaan tein lisäkysymyksen tutkimustehtävään 4 eli nyt tutkimustehtävään 3. Lisäkysymys on; mitä koulutusta sairaanhoitohenkilökunta on saanut muistisairaahan ihmisen hoitamiseen? Vastaukset lisäkysymykseen;

*Paikallisia koulutuksia aika paljon  
Ammattikorkeakoulussa ja itseopiskeluna ja tässä hoitotyössä  
Harjoittelu muistineuvolassa  
Sairaanhoitajan koulutuksessa käyty läpi  
Ikäihmisten koulutus, jossa käytiin muistisairauttakin läpi  
Erikoistumiskoulutus*

*Työpaikalla saanut erilaisia koulutuksia*

Kysymys kuului haastattelurungon kysymyksiin ja on näin yhdistettävissä analyysiin. Vastauksista saan lisätietoa siitä, millaista koulutusta sairaanhoitohenkilökunta on saanut. Tällä tiedolla on merkitystä koulutuksien suunnitteluun.

#### 7.4 Muistiosaamisen kehittämiskohteet

Allaolevaan taulukkoon olen koonnut Sotkamon kotihoidon sairaanhoitohenkilökunnan muistiosaamisen kehittämisen kohteet. Taulukkoon olen jo alustavasti suunnitellut keinot, miten koulutus toteutetaan ja kuka toimii asiantuntijana/ kenen vastuulla kouluttaminen on. Ajatuksena on, että koulutuksissa olisi mahdollisimman paljon avointa keskustelua ja hiljaisen tiedon siirtämistä.

Taulukko 1. Sotkamon kotihoidon sairaanhoitohenkilökunnan muistiosaamisen kehittämissuunnitelma

<b>Kehittämiskohde</b>	<b>Keinot</b>	<b>Asiantuntija/Vastuu</b>
<b>Ennaltaehkäisy ja aivoterveystiedon edistäminen.</b>	<b>Keskustelua, kertaamista</b>	<b>Muistihoidajat</b>
<b>Perustiedot muistisairauksista</b>	<b>Tietopaketti muistisairauksista, kertaamista ja keskustelua, hiljaisen tiedon siirtämistä</b>	<b>Geriatrin luento</b>
<b>Lääkehoito-osaaminen</b>	<b>Tietopaketti ja kertaaminen</b>	<b>Geriatrin luento</b>

<b>Tietoa muistisairauksien vaikutuksesta toimintakykyyn ja arjesta selviytymiseen, muistisairaana oikeudet, erilaiset testit ja mittarit</b>	<b>Tietopaketti, kertaamista, keskustelua ja hiljaisen tiedon siirtämistä</b>	<b>Muistihoitajat</b>
<b>Käyttöoireet ja niiden hoito.</b>	<b>Tietopaketti ja keskustelua</b>	<b>Geriatrin luento</b>
<b>Yhteistyöosaamisen kehittäminen.</b>	<b>Palaverit ja keskustelut</b>	<b>Moniammatillinen tiimi</b>

Kehittämissuunnitelmaa pitäisi lähteä toteuttamaan mahdollisimman nopeasti, jotta opinnäytetyöstä saadut tulokset voitaisiin hyödyntää mahdollisimman tehokkaasti. Pienimuotoista koulutusta voisi olla esimerkiksi muistisairauksien ensitietopäivien hyödyntäminen siten, että koko sairaanhoitohenkilökunta osallistuisi ensimmäiseen osioon. Tässä osiossa geriatri kertoo muistisairauksista ja lääkehoidosta. Ensitietopäivät ovat keväällä 2014. Pieniä tietopaketteja voidaan pitää myös palaverien ja työneuvottelujen yhteydessä.

## 7.5 Johtopäätökset

Tutkimukseni aineisto on laaja ja osaaminen nousee sieltä selkeästi esille. Koulutustarve on kuitenkin olemassa niin kuin vastauksistakin on tullut ilmi. Lähinnä tarvitaan pieniä tietopaketteja ja asioiden kertaamista ja syventämistä. Sotkamon kotihoidon sairaanhoitohenkilökunnan muistiasioiden kouluttaminen on ollut viime vuosina hyvin vähäistä ja entisen kertaaminen ja uuden tiedon lisääminen on tärkeää.

Erityisesti kehittämiskohteista nousee muistisairauksien perustietojen täydentäminen, diagnostiikan sisäistäminen ja lääkehoidon kertaaminen. Lisäksi kertausta tarvitaan ennaltaehkäisevään hoitoon, lähinnä omaisille annettavan tiedon lisäämisen vuoksi. Ennaltaehkäisevään työhön ajattelen tässä kuuluvan myös pahenemisvaiheiden ennaltaehkäisevän työn. Käytösoireet olivat myös asia, joka kohtaamistilanteissa huoletti. Osaamisen puutteita koettiin olevan myös yhteistyössä. Tämä on olennainen asia, kun ajatellaan muistisairaana saumatonta hoitoketjua. Kansallisen muistiohjelman tavoitteet ovat mielestäni Sotkamon kotihoidon sairaanhoitotyötä tekevillä jo varsin hyvin hallussa.

Koulutukset voisivat toteutua pienimuotoisina opintopiireinä, joissa jokainen voisi tuoda omaa osaamistaan näkyviin. Kukin voisi vuorollaan toimia asioiden esittelijänä. Asiantuntija pitäisi tietopaketti-osuuden, jonka jälkeen keskusteltaisiin ja pohdittaisiin asiaa eri hoitotilanteiden kautta. Toiminnasta tehtäisiin pysyvä, jotta jatkuva osaamisen vahvistaminen mahdollistuu. Arjen hoitotyössä ammatillisen osaamisen, hiljaisen tiedon sekä oman elämän- ja työkokemuksen käyttö ovat rikkautta. (Heimonen 2007, 95).

## 7.6 Jatkotutkimusaiheet

Tätä tutkimusta olisi loogista jatkaa toiminnan toteutuksen seurannalla ja tulosten arvioinnilla. Laadullisessa tutkimuksessa tutkimusaineisto on laaja ja antaa melkein rajattomasti mahdollisuuksia eri tutkimusten toteuttamiseen. Tästä tutkimuksesta voisi myös jatkotutkia muiden Kainuun sote-yhtymän kuntien kotihoidon sairaanhoitotyötä tekevien muistiosaamista ja tehdä niistä yhteenvedon ja osaamisen kehittämisen suunnitelman. Tällainen tutkimus vaatii kuitenkin paljon aikaa ja resursseja.

## 8 POHDINTA

Hyvä tutkimussuunnitelma ohjaa itse tutkimuksen tekemistä ja koko tutkimusprosessia. Tutkimussuunnitelma alkaa työn aiheesta ja päättyy, kun tutkimus luovutetaan tarkistettavaksi. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2013, 175). Tutkimussuunnitelmani on ollut hyvä pohja koko tutkimusprosessille. Hyvä suunnitelma auttaa etenemään johdonmukaisesti.

Laadullisen tutkimuksen tekijä joutuu jatkuvasti pohtimaan tekemiään ratkaisuja ja ottamaan yhtä aikaa kantaa sekä analyysin kattavuuteen että tutkimuksensa luotettavuuteen. Pääasiallinen luotettavuuden kriteeri on tutkija itse ja luotettavuuden arviointi koskee näin ollen koko tutkimusprosessia. (Eskola & Suoranta 1998, 209 - 211.)

Tutkimusprosessi on kokonaisuudessaan ollut mielenkiintoinen. Opinnäytetyön tekeminen avartaa omaa katsomusta ympäröiviin asioihin ja opettaa yhdistämään tutkimuksen teorian käytäntöön.

Aineiston auki kirjoittamisvaihe oli raskas siinä mielessä, että nauhoitusten kirjoittaminen ja tarkistaminen vei paljon aikaa. Itse haastattelujen järjestäminen ja tekeminen oli mielenkiintoista. Haastattelujen ilmapiiri oli hyvä ja vuorovaikutus avointa.

Aineiston analyysivaihe vaati paljon työstämistä. Välillä asioita oli varmistettava teoriasta ja pohdittava eri ratkaisuja tarkkaan. Analysoin aineiston ensin induktiivisella sisällönanalyysillä käyttäen myös abduktiivista päättelyä. Tämän jälkeen lähdin etsimään vastauksia tutkimuskysymyksiin 1 ja 2. Vastauksia nousi aineistosta runsaasti, joten päätin luokitella niitä esiymmärryksestäni nousseilla kategorioilla, jotka sitten yhdistin Kansallisen muistiohjelman tavoitteisiin ja tutkimukseni teemoihin. Tulos ei ollut minusta tarpeeksi selkeä, vaan vaikeasti hahmotettavissa. Palasin hakemaan lisää tietoa ja yhtymäkohtia teoriasta. (Liite 3)

Teoriaa lukiessani minulle tarkentui se, että Kansallisen muistiohjelman muistisairaanhoitotyön osaamisalueet olivat samat kuin Suomen Muistiasiantuntijat ry:n Kotona Paras-toimenpanomallin käyttämät osaamismallit. Nämä osaamisalueet esiintyvät useammassa julkaisussa ja ovat näin ollen luotettavia ja todellisuuteen pohjaavia, tutkittuja asioita. Myös oman ammatillisen kokemuksen pohjalta ovat nämä osaamista kuvaavat tekijät paremmat kuin ai-

emmassa analyysissäni. Osaamisalueet ovat mielestäni näin selkeämmin esitettävissä ja luetavissa.

Tein analyysin uudelleen tältä pohjalta ensimmäisen tutkimuskysymyksen osalta. Vastauksia nousi aineistosta paljon ja välillä oli tunne, että en selviä tästä. Teorian lukeminen ja aika auttoivat kuitenkin eteenpäin. Usein piti esittää kysymys, mihin olen oikein vastauksia etsimässä ja pohtia tutkimukseni tarkoitusta ja tavoitetta. Kuten Eskola ja Suoranta (2008, 19) toteavat omassa julkaisussaan käsitellessään aineiston analyysiä, että laadullinen aineisto ei lopu koskaan. Aineisto pitäisi kuitenkin pyrkiä pelkistämään mahdollisimman suppeaksi havaintojen joukoksi. (Alasuutari 2011, 43).

Uusin analyysin myös toisen tutkimustehtävän kohdalla. Näin tulokset on esitetty selkeämmin. Kolmannen tutkimustehtävän vastaukset oli helppo päätellä ensimmäisen ja toisen tutkimustehtävän vastauksista.

Haastatteluja tehdessäni ja aineiston analyysin aikana huomasin, että työyhteisössämme on paljon niin sanottua hiljaista tietoa. Sen hyödyntäminen ja siirtäminen työyhteisön toiminnan hyväksi on jatkossa ehdottoman tärkeää. Tieto auttaa kaikkia ja antaa ”tietäjälle” osaamisen kokemusta. Tällä on merkitystä esimerkiksi oman työn hallintaan ja työhyvinvointiin.

Kolmannen tutkimustehtävän tuloksissa olen kursivoinut ja lihavoinut teema-alueet ja Kansallisen muistiohjelman tavoitteet. Olen myös yhdistänyt ne lukemisen helpottamiseksi. Tuloksissa lähdin arvioimaan Sotkamon kotihoidon sairaanhoitohenkilökunnan osaamista siitä näkökulmasta, missä se on jo ajantasaista ja hyvää. Kehittämiskohteiksi nousevat alueet on käsitelty tuloksissa viimeisenä. Näin tuloksista oli sujuvaa siirtyä kehittämissuunnitelmaan.

Jäin pohtimaan Kansallisen muistiohjelman merkitystä nimenomaan muistisairaalan asiakkaan kannalta. Miten perus- ja itsemääräämisoikeuksien toteutuminen todennetaan? Ohjelmassa ei myöskään tarkemmin määritellä, mitä osaamista ammattihenkilöstölle tulee lisätä ja miten osaamisen vahvistaminen toteutetaan. Myöskään tähän ei ollut suunnitelmaa seurannasta. Tavoitteet ovat hyviä, mutta mitä enemmän asiaan paneuduin, sitä enemmän ne jäivät tavaltaan ”roikkumaan” ilmaan.

Pohdiskelulleni löytyi tukea asiantuntijoiden artikkeleista Gerontologia 2/2012 lehdessä. Kansallisen muistiohjelman merkitystä muistisairaalan ihmisen hoitoon ovat lehdessä pohti-



neet Alzheimer-tutkimusseuran tieteellinen sihteeri, yleislääketieteen erikoislääkäri Ari Rosenvall, Muistiliitto ry:n hallituksen puheenjohtaja, kansanedustaja Merja Mäkisalo Ropponen ja ikäihmisten palvelujen suunnittelija Heli Virtanen Sosiaalialan osaamiskeskuksesta. He toteavat muistiohjelman antaneen liikaa toivoa ja intoa parannukseen nykytilalle. Ohjeet ja suositukset eivät elä arjessa. Muistiohjelmassa ei oteta kantaa seurantatiedon keräämiseen eikä ohjelman toteutumista voida näin ollen konkreettisesti seurata. Heli Virtanen on artikkelissaan sitä mieltä, että ilman riittävää ja laaja-alaista osaamista, ei tavoitteisiin ole mahdollisuutta päästä. Hän toteaa myös tehneensä katugallupin ikääntyneen palveluista vastaaville, kunnallisille päättäjille ja hoitotyön ammattilaisille. Suurin osa vastaajista ei ollut nähnytkaan kansallista muistiohjelmaa, osa ei ollut siitä kuullutkaan ja muutama ei ollut muistanut siitä mitään oleellista. Edessä on iso haaste ja asenneilmapiirin muutos.

## 8.1 Luotettavuus

Opinnäytetyöni aihe on ajankohtainen. Ihmisten, jotka sairastavat muistisairauksia, on kasvussa ja ennaltaehkäisevän työn sekä osaamisen kehittämisen merkitys muistisairaahan ihmisen hoitotyössä korostuu entisestään. Lisäksi työyhteisössäni on herännyt kysymyksiä muistisairaahan ihmisen hoitoon liittyen. Kehittämistyö on lähtenyt työyhteisön tarpeista. Nämä asiat ovat myös tutkimuksen eettisyyttä. Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arviointiin ei ole luotu yhtä selkeitä kriteereitä kuin määrälliseen. Laadullisen tutkimuksen tulkinta on aina tutkijan persoonallinen näkemys, johon merkittävästi vaikuttaa hänen omat tunteensa ja intuitionsa (Nieminen 1997, 215.) Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arviointiin voidaan käyttää kriteereinä uskottavuutta, vahvistettavuutta, refleksiivisyyttä ja siirrettävyyttä. (Kylmä & Juvakka 2007, 127 - 133).

Opinnäytetyöni on edennyt suunnitelman mukaisesti. Siihen on tullut ainoastaan pieni muutos tutkimuksen analyysin ja raportoinnin aikataulutuksessa. Muutos johtuu opintovapaan pidentymisestä ja näin tutkimuksen tekemiseen saadusta lisäajasta. Laadullisen tutkimuksen perusvaatimuksena on, että tutkijalla on riittävästi aikaa tutkimuksensa tekemiseen. Tutkija raportoi tutkimuksensa yksityiskohtaisesti ja myös tutkimuksen tiedonantajat arvioivat tulosten ja johtopäätösten osuvuutta (Tuomi & Sarajärvi 2002, 139.)

Hoitotieteellisessä tutkimuksessa ovat havainnon kohteena hoitoyhteisöt, johon tutkija on perehtynyt. Aineisto tulee koota sieltä, missä tutkimuksen kohde on. Tutkijalle on ensijaisen tärkeää yhteisön luottamus, tutkimustulokset tulee esittää niin, ettei niistä tule harmia tutkittavalle. Tutkimuksen luotettavuus lisääntyy, jos tutkija arvio omaa asemaansa yhteisössä (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2013, 232; Nieminen 1997 216-218.)

Olen keskustellut ja tulen jatkossa keskustelemaan tutkimuksestani työyhteisöni henkilöstön kanssa. Yhteistyö vahvistaa tutkimuksen luotettavuutta ja sen uskottavuutta. Olen käynyt alustavan keskustelun tutkimuksestani esimieheni kanssa kesällä ja palveluesimiehen kanssa syksyllä. Palveluesimies on myös lukenut tutkimussuunnitelmani. Pyrkimyksenä tieteellisessä tutkimuksessa on tuottaa mahdollisimman luotettavaa tietoa tutkimuskohteesta ( Nieminen 1997 216-218; Kylmä & Juvakka, 127.)

Aineiston keruumenetelmän olen pyrkinyt kuvaamaan mahdollisimman kattavasti ja pohtimaan luotettavuutta ja eettisyyttä sen toteuttamisessa. Olen perustellut haastateltavien valinnan ja haastatteluteemat näkyvät sekä raportissa että liitteessä. Olen pohtinut raportissa muistiossaamista ja sen kehittämistä. Tutkijan tarkka selostus tutkimuksen toteuttamisesta kohentaa laadullisen tutkimuksen luotettavuutta. ( Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2013, 232).

Haastatteluaineiston luotettavuuteen vaikuttaa se, että tutkimusraportissa on perusteltava, minkä periaatteen mukaisesti tutkittavat on valittu, myös haastatteluteemojen tulee näkyä raportissa. Haastatteluteemojen tulee olla tarpeeksi laajat, mutta ei liian väljät. Laadullisen tutkimuksen tarkoituksena on saada esille tutkittavan oma näkemys asiasta. Aineiston luotettavuutta lisää haastattelupäiväkirja, johon tutkija on kirjoittanut omat havaintonsa (Nieminen 1997, 216-218.) Olen kirjannut oppimistani ja tutkimuksen etenemistä opinnäytetyön päiväkirjaan ja hyödyntänyt sitä raportoidessani aineiston keruuta.

Aineiston analysointiin vaaditaan tutkijalta kykyä abstraktiivisen ja käsitteellisen ajattelun käyttöön. Tulkintoja ei ole perustettu satunnaisiin poimintoihin aineistosta, vaan ne pohjautuvat koko aineistoon ( Nieminen 1997, 219; Eskola & Suoranta 2008, 215.)

Metsämuurosen (2007,43) mukaan puhuttaessa tutkimuksen luotettavuudesta voidaan puhua mittarin luotettavuudesta. Käsitteiden operationalisoinnin onnistuminen on yhtä kuin mittarin luotettavuus. Laadullisen tutkimuksen avulla pyritään luomaan käytäntöä

hyödyttäviä käsitteitä. (Nieminen 1997,220). Tutkimukseni käsitteet ovat luotettavia, koska ne ovat yhtenevät sekä teoriassa että käytännössä.

Raportti tulee olla kirjoitettu niin, että lukijan on mahdollisuus seurata tutkijan päättelyä ja arvioida sitä. Tuoreus, uudet näkökulmat ja selkeä, hyvä kirjoitustyyli luonehtivat hyvää tutkimusraporttia (Nieminen 1997,220.) Olen pyrkinyt kirjoittamaan tutkimusraportin niin, että olen kertonut tekemäni ratkaisut mahdollisimman tarkkaan ja myös perustellut ne. Olen pyrkinyt etenemään johdonmukaisesti.

## 8.2 Eettisyys

Ensisijaisesti hyvän hoitotieteellisen käytännön noudattamisesta on vastuussa tutkija itse. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012; Kuula 2006, 35). ”Eettisesti hyvä tutkimus edellyttää tieteellisiä tietoja, taitoja ja hyviä toimintatapoja niin tutkimuksen teossa kuin sosiaalisesti tiedeyhteisössä ja suhteessa ympäröivään yhteiskuntaan.”( Kuula 2006, 34).

Tieteellisen tutkimuksen tavoitteena on tuottaa uutta, systemaattista tietoa. Tieteen etiikan koulutuksen pitäisi kattaa sekä hyvä tieteellinen käytäntö että eettiset näkökohdat suhteessa tieteeseen ja yhteiskuntaan. Tutkimusetiikan opettaminen ja hyvään hoitotieteelliseen käytäntöön perehdyttäminen tulisi olla kiinteä osa ammattikorkeakoulujen ja yliopistojen opetusta (Allea 2013, 3 - 4; Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012.)

Lähden pohtimaan opinnäytetyöni eettisyyttä tutkimuslupa-asioista. Olen hakenut tutkimusluvan asianmukaisesti kaikkia sääntöjä noudattaen. Tutkimuksesta sovitaan tutkimusorganisaation johdon kanssa.( Vehviläinen-Julkunen 1997, 28). Haastatteluja ei ole kuunnellut kukaan muu kuin minä. Nauhoitukset olen purkanut kotona silloin, kun muut perheenjäsenet ovat olleet koulussa ja työssä. Nauhurin olen säilyttänyt turvallisessa paikassa. Haastatteluissa en ole käyttänyt nimiä vaan numeroinut haastattelut.

Henkilötietolaissa määritellään suostuminen tutkimukseen ja aineiston hävittämiseen liittyvät asiat. Nämä asiat on selitettävä tutkittaville. Toimintatapoina ovat rehellisyys, yleinen huolellisuus ja tarkkuus. (Kylmä & Juvakka 2007, 141; Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012.)

Opinnäytetyöni aiheen olen valinnut työyhteisöstäni lähteneestä kehittämistarpeesta. Aihe on myös sidoksissa yhteiskunnassa tapahtuviin muutoksiin. Tutkimuksen keskeisenä eettisenä tekijänä voidaan pitää yhteiskunnallista ulottuvuutta. (Kylmä & Juvakka 2007, 144).

Kerroin haastatteluni aiheesta ja tavoitteesta jo haastatteluajankohdista sopiessani. Tarkemmin keskustelimme tutkimuksesta, sen taustoista ja teemoista ennen jokaista haastattelua. Tiedonantajille on eettisesti perusteltua kertoa tutkimuksen aihe. Luottamuksellisuus tarkoittaa sitä, että haastateltavat pystyvät luottamaan tutkijan antamaan lupaukseen aineiston käytöstä ja käyttötarkoituksesta (Tuomi & Sarajärvi 2002, 75; Kuula 2006, 89.)

Tutkimukseni tiedonantajat ovat työyhteisöni sairaanhoitohenkilökunta. He ovat olleet tietoisia tulevasta tutkimuksesta alusta pitäen. Haastatteluihin olen kysynyt nauhoittamisluvan jokaiselta erikseen ennen haastattelun aloittamista. Olen myös kertonut jokaiselle haastateltavalle yhdessä ja erikseen, että aineiston purkamisen jälkeen hävitän nauhoitukset asianmukaisesti.

Yksityisyyden suojasta huolehditaan lupaamalla, että tutkimusjulkaisusta ei voida tunnistaa tutkittavia. Haastateltaville on aiheellista kertoa, millaista uutta tietoa tutkimuksella tavoitellaan ja miten tutkimustuloksia tulevaisuudessa hyödynnetään (Kuula 2006, 105, 108.)

Aineiston analyysin olen tehnyt sovittujen sääntöjen mukaisesti. Kuten aiemmin jo mainitsin, haastateltavia ei pysty tunnistamaan, koska en käytä suoria lainauksia. Opinnäytetyöni tuloksissa käytän pelkistettyjä ilmauksia samoin liitteen analysoinnin esimerkeissä. Analyysiprosessissa on suojeltava haastateltuja. Periaatteena on oltava se, että henkilöllisyys ei paljastu (Kylmä & Juvakka 2007, 153; Eskola & Suoranta 2008, 57. )

Raportoinnissa olen ollut avoin, rehellinen ja oikeudenmukainen. Olen pohtinut tekemiäni ratkaisuja. Tutkimuksen tulee olla eettisesti kestävä. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 124).

Tiedonhaussa olen pyrkinyt käyttämään luotettavia lähteitä. Lähteissä olen pyrkinyt siihen, että ne olisivat mahdollisimman tuoreita, mutta aina ei ole ollut mahdollisuus saada uusinta painosta. Lähteet olen merkinnyt asianmukaisesti, enkä ole tehnyt suoria lainauksia kuin ainoastaan niissä kohdissa, joissa asia olisi voinut muuttua. On pyrittävä käyttämään tuoreita lähteitä, mutta toisaalta myös alkuperäisiä lähteitä. Lainattaessa toisen tekstiä on lainaus osoitettava asianmukaisin lähdemerkinnöin. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2013, 113, 26).

### 8.3 Ammatillinen kehittyminen

Opinnäytetyön tekeminen on kehittänyt omaa osaamistani laaja-alaisesti. Tämä on todentunut prosessin aikana. Alussa oli vaikea päättää, miten lähtisin tutkimuksessani etenemään. Aiheanalyysin jälkeen sain hyviä vinkkejä, mihin tartua sekä miten edetä ja suunnitelma lähti etenemään vauhdilla. Pyrin tekemään suunnitelman mahdollisimman hyvin. Tähän sain hyvää kannustusta ja neuvoja ohjaajaltani. Suunnitelman valmistuttua oli prosessissa eteneminen sujuvaa.

Koen, että tutkimustoiminnan opinnot ja etenkin tutkimuksen analyysitehtävä on auttanut prosessin ymmärtämisessä. Tutkimusta tehdessäni olen oppinut etsimään tietoa laaja-alaisesti ja hyödyntämään myös kansainvälisiä lähteitä. Olen myös oppinut hyödyntämään tietoa aiempaa paremmin sekä yhdistelemään eri lähteiden tietoa kokonaisuudeksi. Tähän on auttanut tutkimuskirjallisuuden lukeminen. Osaan nyt yhdistellä asioita loogisemmin ja laaja-alaisemmin sekä pohtia käyttämäni tiedon merkitystä tutkimukselle, itselle ja työyhteisölle sekä perustella tekemäni ratkaisut. Tutkimusosaamiseni on kehittynyt.

Terveystiedon edistämisen osaaminen olennainen osa työssäni muistihoitajana. Koen sen tärkeänä ja opinnäytetyön avulla olen pyrkinyt laajentamaan ja myös syventämään osaamistani tällä alueella. Tehdessäni tiedonhakua tutkimustani varten oli kansainvälisissä lähteissä poikkeuksetta mukana teknologia. Geroteknologia onkin tulevaisuutta, se on ilmennyt myös kotimaisessa aineistossa. Aamu-uutisissa 9.1.2014 oli aiheena terveyden edistäminen teknologian keinoin. Uutisessa painotettiin yksilön vastuuta huolehtia ennaltaehkäisystä. Mieleeni tuli, mitenköhän tämä toteutuu muistisairaana ihmisen kohdalla. Apuvälineitä on toki kehitetty jo paljon, mutta ne eivät ole vielä kovin laajasti käytössä ikäihmisten keskuudessa. Syynä on ehkä teknologian kalleus ja myös se, että tämän päivän ikäihmiset eivät ole vielä tottuneet käyttämään teknologiaa hyväkseen.

Muistiasioihin liittyvä tiedonmäärä on valtava sekä kotimaisella, että kansainvälisellä tasolla. Kansainvälisessä tiedossa korostuu samat asiat kuin täällä meillä Suomessa. Kansainvälisellä tasolla oli tehty tutkimuksia esimerkiksi ruokavalion ja elintapojen merkityksestä muistiin, hoitotyön neuvonnasta hoidettaessa dementoituneita iäkkäitä ihmisiä ja saattohoidosta etenevää muistisairautta sairastavilla.

Tutkimusten ja kirjallisuuden avulla olen oppinut tarkastelemaan ennaltaehkäisevää työtä ja muistisairaahan ihmisen hoitotyötä laajemmasta näkökulmasta ja tullut siihen johtopäätökseen, että muistisairaahan ihmisen hoitotyö on samanlaista myös maailmalla. Tutkimme ja etsimme ratkaisua samanlaisiin ongelmiin.

Tutkimusprosessin myötä olen oppinut näkemään työhöni liittyviä asioita laajemmasta näkökulmasta. Olen tullut tietoiseksi eri laista ja asetuksista, jotka ohjaavat työtämme. Ymmärrän nyt paremmin niiden merkityksen hoitotyössä ja olen kehittynyt asioiden pohittamisessa eri näkökulmista.

Opinnäytetyötäni voi jatkossa hyödyntää samaan aihepiiriin kuuluvien tutkimusten tekemisessä. Opinnäytetyöni on siirrettävissä samanlaiseen organisaatioon kuin Sotkamon kotona asumista tukevat palvelut on. Toivon, että opinnäytetyöstäni on todellista käytännön hyötyä työyhteisölleni ja muistisairaahan ihmisen hoidon kehittämisessä. Toivon myös, että kehittämissuunnitelma saadaan toteutettua, jotta sen käytännön hyöty todentuisi.

## LÄHTEET

Ahvo, L & Käyhty, M. 2002. Tunne ja keho muistin apuna. Teoksessa Hyvää muistia. Opas muistikuntoutuksesta. 2. painos. Kainuun Sanomat Oy. Kajaani.

AJCN. 2013. Wengreen, H, Munger, R, Cutler, A, Quach, A, Bowles, A, Corcoran, C, Tschanz, J A, Norton, M & Welsh-Bohmer, K. 2013. Prospective study of Dietary Approaches to Stop Hypertension- and Mediterranean-style dietary patterns and age-related cognitive change: the Cache County Study on Memory, Health and Aging. The American Journal of Clinical Nutrition. Tulostettu 13.10.2013. <http://ajcn.nutrition.org>.

Alasuutari, P. 2011. Laadullinen tutkimus 2.0. Neljäs, uusittu painos. Osuuskunta Vastapaino. Tampere

Allea. 2013. Ethics education in science. Viitattu 9.1.2013. [http://www.allea.org/Content/ALLEA/Statement\\_Ethics\\_Edu\\_web\\_final\\_2013\\_10\\_10.pdf](http://www.allea.org/Content/ALLEA/Statement_Ethics_Edu_web_final_2013_10_10.pdf)

Antila, R. 2013. Validaatiomenetelmä muistisaira hoidossa. [luento]. Virkeä vanhuus-seminaari. 15.5.2013. Tyrnävä.

Anttila, P. 2008. Onko opinnäytetyöstä kehittämistyöksi? Mistä löytyvät opinnäytetyön metodologiset ratkaisut? [Luento] Ammattikorkeakoulujen opinnäytetyö ja ohjaus-seminaari.

Anttila, P. 2007. Realistinen evaluaatio ja tuloksellinen kehittäminen. Akatiimi Oy. Hamina

Benner, P. 1984. From novice to expert.. Nursing Theories. Päivitetty 9.9.2013. Viitattu 19.12.2013. [Currentnursing.com](http://Currentnursing.com).

Benner, P. 1984. Teoksessa kehittyvän hoitotyön malli. Janhonen, S & Pyykkö, A. 1996. WSOY. Juva

Blaxter, Hughes & Tight 1996. Teoksessa Tutki ja kirjoita. Hirsjärvi, S & Remes, P & Sajavaara, P. 2013. 15-17 painos. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Helsinki

BMJ. 2013. Artaud, F, Dugravot, A, Sabia, S, Singh-Manoux, A, Tzourio, C & Elbaz, A. 2013. Unhealthy behaviours and disability in older adults: Three-City Dijon cohort study. Tulostettu 13.10.2013.

<http://www.bmj.com/content/347/bmj.f4240>

Bron, A. 2005. Paradigm change in adult education research. Teoksessa Aikuiskasvatuksen tutkimuspolut. Kansanvalistusseura. Dark Oy. Vantaa

Feil, N & Vanhustyön Keskusliitto. 1998. Validaatiomenetelmä muistihäiriöisten vanhusten hoitoon. Suomenkielinen painos. 2. painos. Vammalan Kirjapaino Oy. Vammala

- Finne- Soveri, H. 2013. THL. Tilastoraportti. Ikääntyvä Suomi - mistä tulossa, minne menossa? Viitattu 20.12.2013  
[http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=9004671&name=DLFE-27664.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=9004671&name=DLFE-27664.pdf)
- Gröönroos, E & Perälä, M-L. 2006. Kotihoidon henkilöstön kompetenssin kokemusta selittävät tekijät. Artikkel. Yhteiskuntapolitiikka 71. 5/2006. 484-498. Tulostettu 30.12.2013.
- Eloranta, S & Kuusela, M. 2011. Moniammatillinen yhteistyö-katsaus suomalaisiin hoitotieteellisiin opinnäytetöihin. Artikkel. Tutkimuksesta. Tutkiva Hoitotyö 3/2011. Hoitotieteellinen aikakauslehti. Scan Web Oy. Kouvola.
- Elämää muistisairauden kanssa- kuntoutusopas muistisairaille ihmisille ja heidän läheisilleen. 2009. Helsinki. <http://www.muistiliitto.fi/files/3713/7587/6873/Kuntoutusopas.pdf>
- Erkinjuntti, T & Rinne, J & Soininen, H. 2010. Muistisairaudet. Duodecim. WS Bookwell. Oy. Porvoo
- Eskola, J & Suoranta J. 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. 2.painos. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä
- Hanhinen, T. 2010. Työelämäosaaminen. Kvalifikaatioiden luokitusjärjestelmän konstruktion. Akateeminen väitöskirja. Kasvatustiede. Tampereen Yliopisto
- Hankonen, T. Tehy-lehti. 2013. Opintopiiri opettaa. Jokainen osaa jotakin, mistä muut hyötyvät. 20.8.2013. Helsinki
- Heimonen, S & Voutilainen, P. 2006. Avaimia arviointiin. Dementoituvien kuntoutumista edistävää hoitotyö. Edita Prima Oy. Helsinki
- Heimonen, S & Voutilainen, P (toim.). 2001. Dementoituvan hoitopolku. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Helsinki
- Helakorpi, S. 2009. Osaaminen ja sen tunnistaminen työelämän ja koulutuksen yhteisenä haasteena. Artikkel. Osaaja.net. No 4 . Tulostettu 2.1.2014.
- Hirsjärvi, S & Hurme, H. 2000. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Yliopistopainos. Helsinki
- Hirsjärvi, S & Hurme, H. 1995. Teemahaastattelu. Yliopistopaino. Helsinki
- Hirsjärvi, S & Remes, P & Sajavaara, P. 2013. Tutki ja kirjoita. 15-17 painos. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Helsinki
- Janhonen, S & Nikkonen, M. 2001. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. WSOY. Juva
- Jonsson, P. 2011. Potilasturvallisuus on osa laatutyötä. Artikkel. Premissi. Terveys- ja sosiaalialan johtamisen erikoisjulkaisu 5/2011. Fioca Oy. Helsinki
- Josse, L, Palmer, D & Lang, N. 2013. Caring for elderly patients with dementia: nursing interventions. Nursing Research and Reviews 2013: 3 107-117. Tulostettu 30.12.2013. Dovepress.com
- Juttila, T. 2013. Vanhuslähtöisyydestä asiakaslähtöisyyteen - sisällönanalyysi gerontologisen hoitotyön oppikirjoista. Pro gradu-tutkielma. Terveystieteiden yksikkö. Tampereen Yliopisto.



Kaarlela, K-M. 2013. Sairaanhoidajien työtyytyväisyys vanhustyössä. Pro gradu-tutkielma. Hoitotieteen laitos. Itä-Suomen yliopisto.

Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän päätöksenteko. Viitattu 17.9.2013. <http://maakunta.kainuu.fi/paatöksentekijat>

Kainuun vanhuspalvelut - turvallisesti kotona tukien. Viitattu 17.9.2013 <http://maakunta.kainuu.fi/index.asp>.

Kotila, J. 2012. Pro-gradu-tutkielma. Vertaisarviointi osaamisen kehittämisen menetelmänä hoitotyössä. Hoitotieteen laitos. Itä-Suomen Yliopisto.

Kuula, A. 2006. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Osuuskunta Vastapaino. Tampere

Kylmä, J & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. 1.painos. Edita Prima Oy. Helsinki

Kyngäs, H & Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. Hoitotiede 1/1999

Kämäräinen, L. 2008. TunteVa-omaistenopas. Miten ymmärtää muistisairasta ihmistä? Tampereen kaupunkilähetys ry. Multiprint. Oy. Tampere

Laaksonen, R & Rantala, L\_& Eloniemi- Sulkava. 2002. Ymmärrä-tule ymmärretyksi. Vuorovaikutus dementoituneen kanssa. Dementiapotilaiden hoidon kehittäminen. Julkaisu n:o 6/2002. 1. Painos. Suomen Dementiahoitoyhdistys Ry. Kuopion liikekirjapaino Oy.

Latvala, E & Vanhanen-Nuutinen, L. 2001. Teoksessa Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Nikkonen, M & Janhonen, S.(toim.) WSOY. Juva

Lauri, S. 2007. Hoitotyön ydinosaaminen ja oppiminen. 1. painos. WSOY.Helsinki

Lauri,S. 2001. Teoksessa dementoituvan hoitopolku. Tammi.Helsinki

Lauri, S & Elomaa, L. 1999. Hoitotieteen perusteet. WSOY. Juva

Lazarus, R. S. 1991. Cognition and Motivation in Emotion. Artikkel. American Psychologist. Convention Registration Forms Inside. Volume 46. Number 4. Journal Of The American Psychological Association.

Eloranta, S. 2013. Parasta, mitä voimme toiselle ihmiselle antaa on, aito kohtaaminen. Sairaanhoidaja, TtT, erikoisuunnittelija. Ikäinstituutti. Memo 2/2013. Suomen Muistiasiantuntijat ry. Helsinki

Metsämuuronen, J.2007. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. 2.laitos. 4.painos. Gummerus Kirjapaino Oy. Vaajakoski.

Miesen, B. 1999. Dementia in close-up. Understanding and caring for people with dementia. First published 1999 by Routledge. 11 New later lane. London. Translated by Gemma M.M.Jones

Muistiliitto. 2010. Muistibarometri 2010. Granö, S & Tamminen, A & Eronen, A & Londen, P & Siltaniemi, A. Muistiliiton julkaisuja. Helsinki

Muistisairaudet - Käypä hoito-suositus 2010. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Societas Gerontologica Fennican, Suomen Neurologisen Yhdistyksen, Suomen Psykogeriatrisen Yhdistyksen ja

Suomen Yleislääketieteen Yhdistyksen asettama työryhmä. Muistisairauksien diagnostiikka ja lääkehoito. Päivitetty 13.8.2010. Helsinki

Mäkisalo-Ropponen, M. 2012. Keskustelua muistiohjelmasta. *Gerontologia* 2/2012. 133-134. Tulostettu 5.1.2014.

Mäkisalo-Ropponen, M. 2011. Vuorovaikutustaidot sosiaali- ja terveysalalla. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Helsinki

Mäkisalo - Ropponen, M. 2007. Dementia-uutiset. Elämäntarina-ajattelu laadukkaan hoidon lähtökohtana. 3/2007

Nieminen, H. 1997. Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuus. Teoksessa Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Paunonen, M & Vehviläinen-Julkunen, K. 1. painos. WSOY. Juva.

Paunonen, M & Vehviläinen-Julkunen, K. 1997. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. 1. painos. WSOY. Juva

Pikkarainen, A, Vaara, M & Salmelainen, U. 2013. Gerontologisen kuntoutuksen toteutus, vaikuttavuus ja tiedon välittyminen. Ikääntyneiden kuntoutujien yhteistoiminnallisen kuntoutuksen tutkimus- ja kehittämishankkeen loppuraportti. Kelan tutkimusosasto. Juvenes. Print. Tampere

Pugliese, S. 2013. Grieving for a profession lost. *The American journal of nursing*. Vol 113. Issue 6 Jun 2013. [www. searchmedica.com](http://www.searchmedica.com). Tulostettu 29.12.2013

Qvick, L. 2008. Pro-gradu-tutkielma. Monipuolinen osaaminen ja yhteisöllisyys dementoituvan asiakkaan hyvän hoitotyön perustana. Hoitotieteen laitos. Tampereen yliopisto.

Rosenvall, A.2012. Keskustelua muistiohjelmasta. *Gerontologia*. 2/2012. 131-132. Tulostettu 5.1.2014

Ruontimo, T. Tehy. 2009. Vanhustyön vastuunkantajat. Tehyn julkaisusarja B:3/2009. Multiprint Oy. Helsinki

Saaranen-Kauppinen, A & Puusniekka A. 2006. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto [verkkojulkaisu] Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto [ylläpitäjä ja tuottaja]. Tampere Viitattu 29.9.2013 <<http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/>>.

Semi, T. 2004. Ihmetekoja kaapista löytyvillä aineksilla – Ilmaisullinen kuntoutusmenetelmä dementia-työssä. 2.painos. Opri ja Oleksi Oy. Espoo

Sormunen, S & Topo, P. 2008. Laadukkaat dementiaipalvelut. Opas kunnille. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä.

Sosiaaliportti. 2012. Osaamisen määrittely. [www. sosiaaliportti.fi](http://www.sosiaaliportti.fi)

Sosiaali- ja terveysministeriö 2013. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2013:11. Laatusuositus hyvän ikääntymisen turvaamiseksi ja palvelujen parantamiseksi. Helsinki 2013.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2012. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2012:10. Kansallinen muistiohjelma 2012-2020; Tavoitteena muistiystävällinen Suomi. Helsinki 2012

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2012. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma. Kaste 2012 – 2015. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2012:1. Helsinki

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2012. Kansallisella muistiohjelmalla varaudutaan muistisairaiden määrän kasvuun. Tiedote 77/2012. Viitattu 10.12.2013. <http://www.stm.fi/tiedotteet/tiedote/-/view/1800809#fi>

Sotkamo-lehti. 2013. Kainuun muistiluotsi. Torvinen, L. Muistisairaiden määrä kasvaa Kainuussa hurjaa vauhtia. Julkaistu 16.10.2013. Sotkamo

Suomen Lääkärilehti. 2008. Katsausartikkeli 10/2008. Hyvät hoitokäytännöt etenevien muistisairauksien kaikissa vaiheissa - asiantuntijasuositus

Suomen Lääkärilehti 2012. Muistisairauksiin sairastuu vuosittain 13000 suomalaista. [http://www.laakarilehti.fi/uutinen.html?opcode=show/news\\_id=12019/type=1](http://www.laakarilehti.fi/uutinen.html?opcode=show/news_id=12019/type=1)

Suomen Muistiasiantuntijat. 2011. Muistisairaana ihmisen kotona asumisen tukeminen. Opas toimeenpanijoille. Julkaisu 13/2011. Paintek-Pihlajamäki Oy. Helsinki

Sydänmaanlakka, P. 2003. Älykäs organisaatio - tiedon, osaamisen ja suorituksen johtaminen. Talentum. Helsinki.

Tarhonen, T. 2013. Gerontologinen osaaminen hoitotyössä. Pro gradu-tutkielma. Hoitotiede. Itä-Suomen Yliopisto. Hoitotieteen laitos

Topo, P., Sormunen, S., Saarikalle, K., Räikkönen, O. & Eloniemi-Sulkava, U. 2007. Kohtaamisia dementiahoidon arjessa. Havainnointitutkimus hoidon laadusta asiakkaan näkökulmasta. Stakes. Tutkimuksia 162. Gummerus Kirjapaino Oy. Vaajakoski.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä

Tuomi, S. 2008. Sairaanhoitajan ammatillinen osaaminen lasten hoitotyössä. Väitöskirja. Hoitotieteen laitos. Kuopion Yliopisto.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö. Tulostettu 8.1.2014. [www.tenk.fi](http://www.tenk.fi)

Viramo, P. 2013. Muistisairauksien tutkimus etenee – hyötyykö potilas? [Luento] Virkeä Vanhuus -seminaari. 15.5.2013. Tyrnävä

Virtanen, H. 2012. Keskustelua muistiohjelmasta. Gerontologia. 2/2012. 134-136. Tulostettu 5.1.2014.

Vuori, U. & Heimonen, S. 2007. Tue muistisairaana ihmisen kotona asumista. Opas ammattihenkilöstölle. Julkaisu 4/2007. Suomen Dementiahoitoyhdistys ry. Paintek-Pihlajamäki Oy. Helsinki

Hyvönen, P. 2010. Sotkamon kotona asumista tukevat palvelut

Ilkko, R. & Hyvönen, P. & Kärnä, S. 2007. Yksilö- ja organisaatiotason kehittymissuunnitelmakäytännön luominen

Kainuun maakunta-kuntayhtymän strateginen suunnitelma vuosille 2007-2015

Sotkamon kotihoidon työneuvottelu muistiot vuosilta 2007- 2013.

Tolonen, E. 2012. Kainuun vanhuspalvelut. Kainuun maakunta-kuntayhtymä.

Turpeinen Kaija, keskustelu 16.9.2013

YLE. 2013. Teknologia terveyden edistämisen tukena. Aamu-uutiset 9.1.2014

## TUTKIMUKSEN AIKATAULU

2013

## ELOKUU

Viikko 33	Aiheanalyysin esittäminen
Viikot 34-37	Aiheanalyysin korjaaminen

## SYYSKUU

Viikko 37	Aiheanalyysin korjattu versio ohjaajalle/ohjaus  Aiheanalyysi hyväksytty
Viikko 38	Oparisuunnitelman tekeminen
Viikko 39	Oparisuunnitelman tekeminen
Viikko 40	Oparisuunnitelman palauttaminen

## LOKAKUU

Viikko 41	Oparisuunnitelman esittäminen
Viikko 42	Oparisuunnitelma hyväksytty
Viikko 43	Lupa-asiat ja aineiston keruun aloittaminen
Viikko 44	Aineiston keruu/ haastattelun toteuttaminen

## MARRASKUU

Viikko 45	Aineiston keruu/haastattelun toteuttaminen
-----------	--

Viikko 46	Aineiston keruu/haastattelun toteuttaminen
Viikko 47	Haastatteluaineiston purkaminen
Viikko 48	Haastatteluaineiston purkaminen/analyysi

## JOULUKUU

Viikko 49	Aineiston analyysi
Viikko 50	Aineiston analyysi/raportointi
Viikko 51	Aineiston raportointi

2014

## TAMMIKUU

Viikko 1	Aineiston raportointi
Viikko 2	Aineiston raportointi/työn palauttaminen opettajalle
Viikko 4	Opinnäytetyön esittäminen

## TEEMAHAASTATTELUN RUNKO

### TAUSTATIEDOT

1. Ikä
2. Koulutus
3. Työkokemus

### TEEMAT

#### MUISTISAIRAAAN IHMISEN HOITOTYÖ

Mitä mielestäsi on hyvä hoito? Mitä ominaisuuksia siihen liittyy?

Millaista osaamista sinulla on muistisairaahan ihmisen hoitotyössä?

Millaisia ongelmia sinulla on ollut muistisairaahan ihmisen hoidossa?

Miten olet ratkaissut ongelmat?

Millaista kuntouttavan toiminnan pitäisi mielestäsi olla? Kuka sitä voisi järjestää? Miksi se on tärkeää?

#### ENNALTAEHKÄISY

Mitä sinulle tulee mieleen sanasta ennaltaehkäisy?

Miten tärkeänä koet ennaltaehkäisevän työn? Miksi?

Miten huomioit ennaltaehkäisyn omassa työssäsi? Entä itsesi kannalta?

Miten huolehdit omasta jaksamisesta?

#### OSAAMISEN KEHITTÄMINEN

Mitkä koet ongelma-alueiksi muistisairaahan ihmisen hoidossa? Miten haluaisit niitä kehitettävän?

Mitkä asiat hallitset mielestäsi hyvin liittyen muistisairaahan ihmisen hoitoon? Miksi?

Mistä asioista haluaisit koulutusta muistisairaahan ihmisen hoitoon liittyen?

## Haastattelurunko esihaastattelun jälkeen

### TEEMAHAASTATTELUN RUNKO

#### TAUSTATIEDOT

1. Koulutus
2. Työkokemus vuosina,  
Millaista ja missä paikoissa?

#### TEEMAT

##### MUISTISAIRAAN IHMISEN HOITOTYÖ

Mitä mielestäsi on hyvä hoito? (Mitä ominaisuuksia siihen liittyy?)

Millaista osaamista sinulla on muistisairaalan ihmisen hoitotyössä?

Millaisia ongelmia sinulla on ollut muistisairaalan ihmisen hoidossa?

Miten olet ratkaissut ongelmat?

Millaista kuntouttavan toiminnan pitäisi mielestäsi olla? Kuka sitä voisi järjestää? Miksi se on tärkeää?

##### ENNALTAEHKÄISY

Mitä sinulle tulee mieleen sanasta ennaltaehkäisy?

Miten tärkeänä koet ennaltaehkäisevän työn? Miksi?

Miten huomioit ennaltaehkäisevän toiminnan omassa työssäsi? (Tämä muutos toisen haastattelun jälkeen)

Miten huolehdit omasta jaksamisesta?

##### OSAAMISEN KEHITTÄMINEN

Mitkä koet ongelma-alueiksi muistisairaalan ihmisen hoidossa? (Miten haluaisit niitä kehitettävän?)

Mitkä asiat hallitset mielestäsi hyvin liittyen muistisairaalan ihmisen hoitoon? Miksi?

Mistä asioista haluaisit koulutusta muistisairaalan ihmisen hoitoon liittyen?



## ESIMERKKEJÄ ANALYYSISTA

### Ensimmäinen analyysi tutkimustehtävään 1

Taulukko 1

Pelkistetty ilmaus	Kategoria	Muistisairaanhoidon ihmisen hoitotyö
Osaan tehdä muistitestejä Ymmärrän muistitestien tulkinnan Osaan tutkia muistisairaan	Tutkimusosaaminen	
Mitä pitää seurata	Seurannat	
Kohtaaminen on helppoa Keskustelemalla mahdollisimman paljon	Kohtaaminen/vuorovaikutus	
Konsultaatio Osaan hakea apua	Moniammatillinen yhteistyö	
Osaan neuvoa omaisia	Omaisien tukeminen	
etuuksista tiedän	Oikeusturva	
Tiedän lääkehoidosta Lääkitys ei sovi	Lääkehoito	
Huomioidaan psyykinen, fyysinen ja sosiaalinen puoli Asiakkaan turvallisuuden tunne Saa riittävän hoidon Pienillä asioilla eteenpäin	Kokonaisvaltainen hoito	

**Taulukko 2**

Pelkistetty ilmaus	Kategoria	Ennaltaehkäisy
Muistelu  Tuetaan niitä voimavaroja	Kuntouttava toiminta	
Perustoiminnot katsotaan	Seurannat	
Mitä taustalla voi olla  Etenevä sairaus  Tarttuu heti asioihin	Ennaltaehkäisy	
Pärjäisivät oman verkostonsa turvin  Ympäristö mukaan muistisairaanhoidon	Asenne	

**Taulukko 3**

Pelkistetty ilmaus	Kategoria	Osaamisen kehittäminen
Kokonaiskuvan puuttuminen  Tiedän oireista ja toimintakykyyn liittyvistä asioista	Kokemus muistisairaanhoidosta	
Tiedän muistitestin  Osaan tehdä muistitestejä	Tutkimusosaaminen	

## Toinen analyysi tutkimustehtävään 1

Taulukko 4

Pelkistetty ilmaus	Kategoria	Muistisairaanhoidon hoitotyö
Saataisiin kiinni, jotta toimintakyky säilyisi  Nähdään kotona pärjääminen  Varhainen tunnistaminen	Muistioireiden tunnistaminen	
Ymmärrän muistitestin tuloksen  Osaan tehdä muistitestin	Diagnosointi	
Kaikki eivät hyödy lääkähoidosta  Lääkitykset ja haittavaikutukset  Tämä lääkahoito	Lääketieteellinen hoito	
Asuu turvallisesti  Keskustelut geriatrin kanssa  Omaisensa tukeminen  Luottamuksen saaminen  Arjessa selviytyminen	Toimintakyvyn ylläpito, arviointi ja seuranta	
Eri kerhot, liikuntaryhmät, muistiryhmät  Fyysistä, kuten jumppa  Tärkeää  Saada asiakas innostumaan tekemisestä  Antaa aikaa asiakkaalle	Kuntoutumista tukeva toiminta	

**Toinen analysointi tutkimustehtävään 2**

**Taulukko 5**

Asiakas ei muista hoitajaa	Sairastuneeseen liittyvät tekijät	Kotona asumista uhkaavat tekijät
Luottamuksen puute		
Liian suuret vaatimukset Väärinymmärryksiä puheessa		
Kokonaistilanne, hoitajan kunto	Omaishoitajaan liittyvät tekijät	Kotona asumista uhkaavat tekijät
Pitkälle edennyt muistisairaus, hoitaja väsyy		
Saada omaisia enemmän mukaan		
Ihmistä pallotellaan	Sosiaali- ja terveydenhuoltojärjestelmään liittyvät tekijät	Kotona asumista uhkaavat tekijät
Ratkaisua ei heti löydy		
Kolmannen sektorin hyödyntäminen		